UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 152

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# SYPHILIS PULMONAIRE

## ET DE QUELQUES FORMES GOMMEUSES EN PARTICULIER

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le jeudi 30 juillet 1936*

PAR

**Louis-Philippe LACAZE**

Ancien Externe des Hôpitaux

**Né à PLAINES-WILHEMS (Ile Maurice), le 6 mai 1907**

| | | |
|---|---|---|
| Examinateurs de la Thèse | MM. MAURIAC, professeur | *Président.* |
| | PETGES, professeur | *Juges.* |
| | JOULIA, agrégé | |
| | FONTAN, agrégé | |

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543912_0056

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 152

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# SYPHILIS PULMONAIRE

## ET DE QUELQUES FORMES GOMMEUSES EN PARTICULIER

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le jeudi 30 juillet 1936*

PAR

**Louis-Philippe LACAZE**

Ancien Externe des Hôpitaux

**Né à PLAINES-WILHEMS (Ile Maurice), le 6 mai 1907**

**Examinateurs de la Thèse**

MM. MAURIAC, professeur..... *Président.*

PETGES, professeur.....

JOULIA, agrégé..... *Juges.*

FONTAN, agrégé. ..... ...

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

**6, Place Saint-Christoly**

1936

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

**DOYEN :** M. MAURIAC.

**ASSESSEUR :** M. LABAT.

**DOYEN HONORAIRE :** M. C. SIGALAS.

**PROFESSEURS HONORAIRES :**

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

**PROFESSEURS :**

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Clinique médicale | MAURIAC. | Zoologie et parasitologie | MANDOUL. |
| id. | DUPÉRIÉ. | Médecine expérimentale | AUBERTIN. |
| Clinique chirurgicale | BÉGOUIN. | Clinique ophtalmologique | TEULIÈRES |
| Clinique chirurgicale et gynécologique | GUYOT. | Clinique chirurg. infantile et orthopédie | ROCHER. |
| Pathologie et thérapeutique générales | CARLES. | Clinique méd. des maladies des enfants | CRUCHET. |
| Clinique d'accouchements | ANDÉRODIAS. | Chimie biologique et médicale | DELAUNAY |
| Anatomie pathol. et microscopie clinique | SABRAZÈS. | Physique médicale et pharmaceutique | C. SIGALAS. |
| Anatomie | VILLEMIN. | Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques | BONNIN. |
| Anatomie générale et histologie | G. DUBREUIL. | Clinique des malad. cutanées et syphilitiques | PETGES. |
| Hygiène | LEURET. | Clinique des maladies des voies urinaires | DUVERGEY |
| Médecine légale et déontologie | LANDE. | Clinique des malad. nerveuses et mentales | ABADIE. |
| Electroradiologie et clin. d'électricité médic. | RÉCHOU. | Clinique d'oto-rhino-laryngologie | PORTMANN. |
| Chimie | CHELLE. | Toxicologie et hygiène appliquée | LABAT. |
| Botanique et matière médicale | GOLSE. | Hydrologie thérapeutique et climatologie | CREYX. |
| Pharmacie | DUPOUY. | Clinique dentaire | DUBECQ. |

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

**AGRÉGÉS EN EXERCICE :**

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Anatomie | N. | Chirurgie générale | CHARRIER. |
| id. | DUFOUR. | id. | LOUBAT. |
| Physiologie | FABRE. | Obstétrique | RIVIÈRE. |
| Médecine générale | DAMADE. | Ophtalmologie | BEAUVIEUX. |
| id. | PIÉCHAUD. | Oto-rhino-laryngologie | DESPONS. |
| id. | DELMAS-MARSALET. | Dermatologie et syphiligraphie | JOULIA. |
| id. | DE GRAILLY. | Physique médicale | WANGERMEZ. |
| id. | FONTAN. | Chimie générale pharmaceut. et toxicologie | VITTE |

**COURS COMPLÉMENTAIRES :**

| | MM. | | MM |
|---|---|---|---|
| Physiologie | FABRE. | Zoologie et parasitologie | R. SIGALAS. |
| Médecine opératoire | PAPIN. | Physique médicale et pharmaceut que | WANGERMEZ. |
| Accouchements | RIVIÈRE. | Botanique | GIRARD. |
| Pathologie médicale | DELMAS-MARSALET. | Médecine légale | DERVILLÉE. |
| Puériculture | FAUGÈRE. | Bactériologie | MOUREAU. |
| Pharmacie chimique | VITTE. | Urologie | DARGET. |

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

*Le Secrétaire de la Faculté :* ROUGERIE.

---

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE

En témoignage de mon infinie reconnaissance et de ma profonde affection.

---

A MA MERE

Bien faible gage d'affection filiale, en regard de sa tendresse de tous les instants.

---

A MA FIANCEE

---

A MES SŒURS

---

A MES ONCLE ET TANTE

GABRIEL LACAZE

Hommage de ma très profonde affection.

---

A MON ONCLE

LE DOCTEUR DAGINCOURT-MARTIN

---

A TOUS LES MIENS

---

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES

LE DOCTEUR PIERRE CHAVOIX

JACQUES DIVE

*Externe des Hôpitaux.*

ROBERT DARMAILLACQ

*Interne des Hôpitaux.*

---

A MON AMI

LE DOCTEUR JACQUES LEVY

*Ex-interne, Médaille d'or des Hôpitaux.*
*Prix de médecine de la Ville de Bordeaux,*
*Chef de clinique médicale adjoint à la Faculté.*

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et m'a aidé de ses conseils éclairés, toute ma reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

Stage :

Monsieur le Professeur F. PAPIN
Monsieur le Docteur BOUSQUET
Monsieur le Professeur CARLES

Externat :

Monsieur le Docteur CHARBONNEL
Monsieur le Docteur RABERE
Monsieur le Professeur G. PETGES
Monsieur le Docteur DENIS
Monsieur le Professeur CRUCHET
Monsieur le Professeur P. MAURIAC
Monsieur le Docteur LACOUTURE
Monsieur le Professeur ANDERODIAS

---

A MES JUGES

A Monsieur le Docteur J. LACOUTURE

*Chirurgien des Hôpitaux,*
*Chevalier de la Légion d'honneur.*

Qui nous a toujours manifesté la plus grande bienveillance. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

---

A Monsieur le Professeur G. PETGES

*Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques,*
*Médecin des Hôpitaux,*
*Officier de la Légion d'honneur,*
*Croix de guerre,*
*Officier de l'Instruction publique.*

Témoignage de notre très profonde et respectueuse gratitude.

## A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

### Monsieur le Professeur Pierre MAURIAC

*Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,*
*Professeur de Clinique médicale,*
*Chevalier de la Légion d'honneur,*
*Croix de guerre,*
*Officier de l'Instruction publique.*

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre thèse. Nous tenons à lui assurer ici le témoignage de notre très profonde et respectueuse gratitude.

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# SYPHILIS PULMONAIRE

## ET DE QUELQUES FORMES GOMMEUSES EN PARTICULIER

### CHAPITRE PREMIER

### INTRODUCTION

Sur les conseils de notre ami le Docteur Jacques Lévy, nous avons entrepris comme sujet de thèse une étude sur la syphilis du poumon à forme de gomme circonscrite.

Il nous paraît utile au début de ce travail d'en préciser les limites.

Nous avons pu, en effet, recueillir une vingtaine d'observations superposables. Au nombre de celles-ci, deux sont originales et proviennent du service de notre Maître M. le Professeur P. Mauriac.

La syphilis pulmonaire s'avère d'emblée comme une affection peu commune. En effet, en égard au nombre de pneumopathies aiguës, subaiguës et chroniques observées à la clinique médicale de l'Hôpital Saint-André à Bordeaux, on ne peut retenir que de très rares observations dans lesquelles ce diagnostic peut être tenu pour quasi certain.

Sans nous être livré à une statistique exacte des nombreu-

ses affections pulmonaires observées salle 15 et salle 6 dans le cours de ces trois dernières années, nous ne retiendrons que trois cas; parmi ceux-ci, deux ressortissent à la forme gommeuse, qui est précisément l'objet de ce travail; une est une forme hybride de tuberculose et de syphilis.

Il ne sera pas fait état de cette dernière observation, dont le diagnostic posé cliniquement reçut une confirmation anatomo-pathologique; elle doit être ultérieurement publiée par les soins du service.

Il en est de même d'une autre observation bordelaise, pleine d'intérêt, publiée le 20 mai 1933 à la Société de médecine et de chirurgie par M. le Professeur Petges et ses élèves, le Docteur A. Petges et le Docteur Jacques Lévy, observation qui a trait aux résultats éloignés de deux années de traitement spécifique d'une syphilis pulmonaire et d'un syphilome ano-rectal.

Il n'est pas dans notre intention de faire une revue générale de la syphilis du poumon.

Elle a fait l'objet de nombreux travaux, en particulier de M. Benda (*La bronchite chronique syphilitique*, Thèse Paris, 1927), Azoulay (*La forme sèche hémoptoïque de la dilatation bronchique*, Thèse Paris, 1924-1925) et de M. le Professeur Sergent; cela nous entraînerait hors des limites que nous nous sommes fixées.

Nous ne parlerons pas des scléroses pulmonaires syphilitiques, des bronchectasies, qui ont été considérées comme un chapitre capital de la syphilis pulmonaire (*La syphilis pulmonaire est axée par la bronche*, Letulle), et des hybrides syphilo-tuberculeux.

Nous ne parlerons pas non plus du cas récemment décrit et peut-être même un peu hâtivement sous le nom de *Syphilose aiguë bronchopneumonique* (Cathala, Auzépy et P. Grenet, Société médicale des Hôpitaux de Paris, 26 juin 1936), ni des formes connues sous le nom de granulie syphilitique décrit par J. Dechaume; celles-ci ont été l'objet de recherches soigneuses au point de vue clinique et anatomo-pathologique.

Nous étudierons exclusivement la forme gommulaire circonscrite — amas scléro-gommeux — et surtout la gomme isolée dans le parenchyme pulmonaire, formes qui peuvent être considérées comme une entité clinique, syndromatique et radiologique et sur lesquelles le traitement spécifique agit avec une particulière électivité.

Malheureusement, nos observations n'apportent pas de preuves anatomo-pathologiques, qui pourraient *a priori* être seules considérées comme décisives. Toutefois, il faut nous garder de cette sévérité scientifique parce que, par définition, nous considérons la guérison par le *seul* traitement antisyphilitique comme un argument de poids en faveur de ce diagnostic; il demeure entendu que, dans l'appréciation de la valeur de celui-ci, il est des facteurs irréductibles ou difficilement réductibles, tels que les scléroses consécutives, les infections secondaires, qui peuvent retarder la guérison, modifier les aspects radiologiques, mais qui ne diminuent pas la valeur de l'argument thérapeutique.

Par contre, il nous semble qu'il soit possible, dans le cadre général de la syphilis pulmonaire, de faire une place à part à la forme gommeuse. Cette forme présente un triple intérêt clinique, radiologique, thérapeutique.

De ce fait, elle nous paraît avoir « *droit de cité* » dans le chapitre général des localisations de la syphilis à l'appareil broncho-pulmonaire. Elle s'avère même comme une forme très hautement différenciée de celle-ci.

Cette opinion, qui n'est peut-être pas celle admise par les classiques qui ont longtemps réduit essentiellement la syphilis pulmonaire aux vieilles scléroses cicatricielles ou évolutives du parenchyme pulmonaire, à certaines formes de bronchites chroniques, à certaines bronchectasies, nous paraît justifiée à l'heure actuelle à la lumière précisément des observations que nous rapportons.

## CHAPITRE II

## HISTORIQUE

On peut diviser en quatre périodes l'historique de la syphilis pulmonaire.

### I. — *Première période.*

Paracelse, au xv[e] siècle, semble être l'un des premiers qui ait soupçonné la syphilis dans l'étiologie de certaines pneumopathies. Il considérait la « vérole » comme capable de produire à la fois des exanthèmes, des hydropisies et de la phtisie.

Une foule d'auteurs de cette époque (1500 à 1740), parmi lesquels Schenk, von Grafenberg, et surtout Astruc, en décrivant la phtisie syphilitique, exagèrent le rôle de la syphilis dans les maladies du poumon, en lui rapportant toutes les manifestations pulmonaires survenant chez les vérolés.

Ils se basent, pour étayer leur théorie, sur quelques observations de guérison miraculeuse de la phtisie érotique par le mercure.

### II. — *Deuxième période, marquée par l'influence scientifique de Laënnec.*

Une phase entièrement nouvelle débute avec Laënnec, qui, par l'introduction de l'anatomie pathologique et de l'auscultation, fait en quelque sorte table rase du passé. Il montre que la phtisie est due à la tuberculose, et du coup, il nie la syphilis, qui tombe dans l'oubli.

Toutefois, ses successeurs peuvent alors étudier scientifiquement la question : MM. Cullerier, Lagneau, Mac-Carthy et, un peu plus tard, Ricord; et si leurs travaux ne sont pas très précis, ils préparent la voie aux investigations futures.

### III. — *Troisième période, ou période des constatations anatomo-pathologiques.*

Cette période part du milieu du siècle dernier. Dès 1851, Dépaul étudie avec soin les lésions pulmonaires qu'il constate chez le fœtus syphilitique, puis la même étude est reprise chez le fœtus et l'adulte par Virchow, qui décrit la pneumonie blanche, et aussi par Cornil, Rauvier, Wagner et Pidoux. Enfin les recherches de Lancereaux aboutissent à la première description d'ensemble, tant anatomique que clinique.

A la suite de Lancereaux, Gamberini, Potain, Mauriac, Fournier, Dieulafoy, par l'analyse des faits cliniques et anatomiques, s'attachent à rechercher les différents aspects de la syphilis du poumon.

C'est la période où l'on parle de pneumonie, de gommes, de cavernes, on reprend le vocable de phtisie syphilitique.

Après cette période, aucun doute ne paraissait possible, au sujet de l'existence de la syphilis pulmonaire. Toutefois un certain nombre d'auteurs, tout en acceptant ces notions, ne leur accordaient pas beaucoup d'importance. Ils exigeaient pour preuve la présence dans le poumon de vastes lésions scléro-gommeuses et persistaient à considérer la syphilis pleuro-pulmonaire comme une affection exceptionnelle.

### IV. — *Quatrième période, ou de mise au point.*

Cette dernière étape est de date assez récente. Elle rend à la syphilis sa vraie place dans la pathologie du poumon. Le livre de Bériel (1907), les thèses de Massia et Abbécassis,

ont résumé les travaux de l'Ecole lyonnaise à ce sujet. Les travaux du Professeur Sergent, réunis plus tard dans ses *Etudes cliniques;* les publications de Spangenberg (1916), Patino Mayer (1917), Elizade (1920), Carrera (1920), Mirande (1921), dans son article sur la syphilis pulmonaire (in *Traité* de Sergent [il reconnaît quatre variétés de syphilitiques pulmonaires, qu'il dénomme le scléreux, le dilaté, le cavitaire et le pleural]), résument les principales acquisitions modernes sur ce sujet. Les communications à l'Académie de médecine de cas de syphilis du poumon par les Professeurs Letulle, Sergent (en 1923), et le livre de M. Letulle : *Le poumon* (1924), procèdent à une mise au point de la question.

Mais en tirant la syphilis pulmonaire de l'ombre, les anatomo-pathologistes ont surtout insisté sur les formes terminales, la dilatation des bronches en particulier. La syphilis gommeuse ne joue qu'un *rôle* infime parce qu'on ne la trouve qu'exceptionnellement à l'autopsie.

Le lipiodo-diagnostic de Sergent et Cottenot ne fait qu'accentuer cette tendance. Depuis quelques années cependant la pratique plus systématique de la radiologie pulmonaire a montré que les gommes ne sont pas aussi rares qu'on le croyait, leur diagnostic est possible, et l'action du traitement spécifique apporte sa contribution au bien-fondé de ce diagnostic.

## CHAPITRE III

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

### I. — *Lésions macroscopiques.*

Il est beaucoup plus rare de trouver une gomme solitaire qu'un amas scléro-gommeux. La gomme isolée est une petite masse opaque et dure, d'une coloration allant du rose au jaune, selon le degré de la nécrose. Sa forme est en général obronde, mais peut être polycyclique, selon le nombre de gommes miliaires entrées en coalescence. Son volume est variable, d'un petit pois à celui d'une mandarine. Sa consistance est toujours dure et uniforme. Un épais anneau de sclérose les sertit de façon caractéristique. L'évolution de ces gommes peut se faire vers la caséification, la partie centrale nécrosée se réduisant en une substance gélatineuse mucoïde, qui peut s'évacuer par les bronches, en donnant une cavernule syphilitique.

Letulle insiste sur le fait que la gomme peut se résorber par phagocytose en laissant à sa place une cicatrice étoilée de coloration blanchâtre. Cette cicatrice serait caractéristique par sa disposition en étoile avec de fines branches dont les prolongements vont très loin s'implantant à la face profonde de la plèvre l'attirant vers la profondeur et lui donnant un aspect gaufré et frisé, qui annonce le poumon ficelé des auteurs allemands.

Les amas scléro-gommeux sont constitués par de larges placards déformant l'organe et réalisant le poumon ficelé. Les nodules gommeux sont entourés d'un tissu fibroïde, épais,

de coloration blanchâtre qui envoie des prolongements dans le parenchyme avoisinant, parfois jusqu'à la plèvre pariétale qu'elle rétracte.

### II. — *Lésions histologiques.*

Les gommes sont précédées par des « follicules élémentaires », lésion interstitielle où les plasmocytes prédominent sur les lymphocytes, mais où manque la plupart du temps une cellule géante. Ces amas englobent les veines, les bronchioles, les artères, d'une véritable gangue. Peu à peu, se constitue une gomme miliaire qui, pour Letulle, se distingue de la granulation tuberculeuse, car elle est surtout formée de plasmocytes et très rarement giganticellulaire. Cette gomme va subir une organisation fibreuse, ainsi se trouveront constitués, en plein lobule pulmonaire, des placards « fibroïdes polycycliques », soit une nécrobiose caséifiante. A la périphérie de la lésion, se constitue une « atmosphère périgommeuse », véritable zone d'augmentation et de défense réactionnelle. Dans cette zone, on voit des îlots d'alvéolite fibrino-leucocytaire, des plages de splénisation et des alvéoles adénomateux revêtus d'épithéliums cubiques, sur lesquels Tripier et Bériel ont longuement insisté. Alors que ces auteurs les considèrent comme de véritables néo-productions, Letulle pense qu'il s'agit là de « portions de l'appareil respiratoire envahies par une inflammation chronique, scléreuse, hyperplasique, pour ce qui est de leur seul revêtement épithélial ». Bériel a signalé, d'autre part, autour des gommes, la présence de cellules géantes, mais ne conclut pas à leur nature syphilitique.

A côté de ce processus vasculaire, folliculaire, interstitiel, le tréponème peut se trouver à l'origine d' « inflammations bronchio-alvéolaires », c'est-à-dire « aériennes » (Letulle). De cette façon se trouve réalisée une « lobulite syphilitique », qui, ultérieurement, se transformera en pneumonie scléreuse diffuse.

## CHAPITRE IV

## OBSERVATIONS

---

Observation I (Personnelle et inédite).

(Recueillie dans le Service de Clinique médicale de M. le Professeur Mauriac par le Docteur Jacques Lévy.)

*Syphilis du poumon à forme de gomme circonscrite.*

Ela... (Abou), 29 ans, manœuvre, est entré salle 15, lit 17, le 8 mai 1935.

Il est conduit à l'hôpital pour un endolorissement de l'hémithorax droit, localisé à sa partie postérieure, et en arrière.

Ce symptôme, qui nécessite son hospitalisation, remonte à il y a huit jours environ, et a été marqué par un début relativement brutal.

Parallèlement à l'installation du syndrome douloureux, deux ordres de signes retiennent l'attention : il tousse; cette toux est fréquente, parfois sèche et quinteuse, parfois suivie d'expectoration.

Cette expectoration n'a rien macroscopiquement de très caractéristique, elle est muco-purulente, pas très abondante, se réduisant à 7 ou 8 gros crachats qu'il expulse le matin et dans la journée. Il ne crache pas la nuit.

Entre temps, l'interrogatoire plus précis permet de retrouver quelques antécédents dans les semaines qui ont précédé son admission. En effet, depuis quelque mois, il se sentait fatigué, son appétit diminuait, il avait des sueurs nocturnes. Mais nous insisterons dès l'abord sur ce caractère négatif. Dans cet ensem-

ble syndromatique, on ne retrouve aucun amaigrissement. Si le malade n'a pas vérifié son poids à la balance, il est très affirmatif quand il nous dit qu'à ses vêtements et son aspect extérieur il n'a pas maigri. D'ailleurs, comme l'examen le signale, on ne trouve aucune fonte du pannicule adipeux.

Quant à la température, l'interrogatoire ne permet aucune précision, on peut simplement signaler quelques petits frissonnements vespéraux, non suivis de stade diaphorétique.

Les antécédents nous paraissent capitaux, il s'agit d'un Egyptien qui a quitté sa famille relativement jeune, de sorte que n'avons que peu de renseignements sur ses antécédents hérédo-collatéraux. Il aurait eu deux sœurs et un frère, ce dernier mort à l'âge de 27 ans.

A l'âge de 15 ans, par conséquent il y a quatorze ans de cela, il a présenté un chancre induré du canal et du prépuce, chancre qui, dans les quelques semaines après son apparition, a été suivi d'une éruption généralisée de la face et du corps. A ce moment, les chancres auraient manifesté une recrudescence. (Peut-être sont-ce des chancres qui se sont secondarisés.) Il fut hospitalisé à Beyrouth où le diagnostic de vérole, suivant le terme du malade, aurait été porté.

Il aurait reçu à cette époque une injection intraveineuse de novarsénobenzol, et de son propre chef aurait quitté à ce moment l'hôpital.

A cette époque, le malade était très fatigué et présentait des céphalées tenaces.

Il a ensuite beaucoup voyagé comme marin, et, en 1932, il fait un séjour à la salle 22, service du Professeur Bonnin pour paludisme et des adénopathies inguinales pour lesquelles le diagnostic de lymphogranulomatose bénigne fut porté.

Cette lymphogranulomatose fut traitée chirurgicalement à la salle 12, et, dans les délais habituels, guérit.

Il n'a pas été fait de nouveau traitement spécifique à cette époque.

Il est marié, sa femme a eu deux grossesses, la première suivie d'une fausse couche à trois mois; la deuxième à terme, avec

hydramnios. Elle a accouché d'une fille maintenant âgée de 5 ans et présentant des troubles trophiques des dents, et pour lesquels, à l'Hôpital des enfants, le diagnostic de dents hérédo-syphilitiques a été porté.

*En résumé :* Il s'agit d'un malade jeune conduit à l'hôpital pour une pneumopathie caractérisée par :

Algie hémithoracique;
Toux;
Expectoration;
Pas de troubles de l'état général.

Dans les antécédents, on note une syphilis non traitée ou insuffisamment traitée ayant eu des déterminations cutanées; on retient une maladie de Nicolas et Favre traitée chirurgicalement.

*Examen.* — On se trouve en présence d'un malade dont l'état général est excellent. Pas d'amaigrissement, pas de fonte des masses musculaires. Pas de signes de myo-œdème.

La température oscille entre 37°5 et 38 degrés, n'atteignant que deux fois 38°2.

La diurèse est bonne. Le sommeil entrecoupé de quelques rêves à caractère terrifiant en rapport avec un certain degré d'intoxication éthylique.

*Examen de l'appareil pleuro-pulmonaire :*

a) *Signes fonctionnels.* — La douleur hémithoracique, localisée à la base, exagérée par les mouvements respiratoires de grande amplitude, ainsi que par les efforts de toux. Ce n'est pas une douleur intolérable, c'est plutôt une gêne.

Il n'y a pas de dyspnée.

b) *Signes physiques.* — *A gauche*, l'examen physique est absolument négatif, tant en avant qu'en arrière.

*A droite*, à l'inspection, on trouve une ampliation thoracique normale. Pas de voussure, pas de circulation veineuse collatérale. Pas de rétraction thoracique pouvant faire soupçonner un processus de symphyse pleuro-pariétale.

La *palpation* montre que les vibrations vocales sont un peu

exagérées au niveau des deux-tiers inférieurs en arrière, alors qu'au niveau du sommet elles se propagent normalement.

La *percussion* ne permet d'apprécier aucune différence de tonalité.

L'*auscultation* est normale dans les deux tiers supérieurs en arrière. Elle montre un renforcement au niveau de la région parahilaire et surtout objective, un foyer très limité de petits râles fins, éclatant après la toux au niveau du tiers inférieur sur une surface d'une petite paume de main.

Les signes stéthacoustiques se reproduisent avec fixité lors des différents examens.

Il semble que la douleur subjective ait son maximum d'intensité dans la région précise qui avoisine le foyer d'auscultation.

Les *examens complémentaires* donnent les résultats suivants :

1° Examen des crachats : Ce sont des crachats muco-purulents peu abondants (4 ou 5, un peu nummulaires), sans odeur, ils n'ont jamais été striés de sang, ni franchement hémoptoïques. Le mucus est assez abondant et se dispose autour des parties purulentes.

L'examen cytologique n'a pas été fait en détail :

On n'a pas recherché :

— les cellules alvéolaires;

— les fibres élastiques colorées par l'orcéine;

— les petites masses de tissu pulmonaire nécrosé;

— l'albumine n'a pas été dosée dans ces crachats.

L'examen bactériologique a montré l'absence de bacilles de Koch. Cet examen a été fait à quatre reprises, et, malgré deux homogénéisations, a toujours été négatif pour le bacille de Koch. La flore microbienne est relativement peu riche et plutôt réduite. L'examen direct révèle des coccis type *catarrhalis*, quelques bâtonnets Gram + et quelques diplocoques Gram +. Les crachats ont été inoculés au cobaye, celui-ci sacrifié soixante jours après, n'a pas montré de lésions tuberculeuses.

*Radio.* — Il a été pratiqué des examens radiographiques et radioscopiques. La radiographie a été faite dans le service du Docteur Nancel-Pénard.

*Radioscopie.* — En position frontale, les deux plages pulmonaires dans l'ensemble sont assez claires. Le jeu des diaphragmes est très inégal : le gauche joue librement et normalement, le droit est beaucoup moins mobile et d'aspect festonné.

Le S. C. D. droit, quoique transparent, est moins libre que du côté opposé et apparaît comme accroché au niveau de son tiers externe.

Les sommets s'éclairent normalement et également à la toux.

Ce qui frappe, c'est l'existence d'une image arrondie, entourée d'une zone autour de laquelle la transparence normale du poumon est franchement diminuée.

On retrouve en position oblique cette même ombre, moins nettement, et au simple examen radioscopique il est impossible de préciser la topographie par rapport aux scissures.

*Radiographie.* — Elle permet de préciser certains caractères énoncés précédemment (voir radio ci-jointe); l'hémidiaphragme droit présente des irrégularités. Le sinus est en partie comblé, le médiastin a des contours précis, il ne semble pas exister de médiastinite, ni de périaortite.

Les ombres broncho-vasculaires sont plus accentuées que normalement. En particulier du côté droit, où l'on voit se dessiner des arborescences qui réalisent en certains points une image du type un peu réticulaire.

Il existe une image arrondie dans le tiers inférieurs de la plage pulmonaire droite, image qui paraît comme dessinée à l'emporte-pièce, et autour de laquelle se dessine une petite zone de condensation, celle-ci plus appréciable au pôle supérieur qu'au pôle inférieur.

Le reste de l'examen du malade était à peu près négatif. Signalons que l'appétit était modéré, qu'il n'existait pas de signes de leucoplasie linguale ou au niveau des commissures des lèvres. Le transit intestinal était normal, l'examen des annexes du tube digestif montrait le foie dans ses limites habituelles et une rate franchement percutable.

Appareil cardio-vasculaire : Rien ne retenait l'attention.

Appareil urinaire : Les urines étaient normales.

Système nerveux : Pas de syphilis du névraxe.

Appareil locomoteur : Les crêtes tibiales étaient un peu irrégulières, mais non douloureuses. Pas d'ostéo-arthropathies hypertrophiantes.

Organes hématopoïétiques : On voyait la cicatrice inguinale consécutive à l'intervention pour la lympho-granulomatose.

Deux ganglions épitrochléens typiques.

Du côté des phanères : Absence d'alopécie caractéristique. Les ongles n'ont pas de déformations hippocratiques.

Le B.-W. dans le sang fortement positif (les réactions ont été pratiquées dans le laboratoire du Centre de Sérologie régionale, dans le laboratoire du Professeur Mauriac.)

*En résumé.* — Il s'agit de discuter l'existence d'une pneumopathie à évolution subaiguë, évoluant chez un sujet jeune et ayant contracté, il y a quatorze ans, une syphilis qui pratiquement n'a jamais été soignée.

Quelles étaient les hypothèses envisagées ? La première qui se présentait à l'esprit était qu'il s'agissait d'une forme de tuberculose.

Toutefois, outre que les formes de tuberculose unilatérale, localisées à la base et à évolution ulcéro-caséeuse sont rares, l'absence de température à grandes oscillations, la négativité de l'enquête bactériologique, la bonne conservation de l'état général, plaidaient contre ce diagnostic.

L'hypothèse d'un kyste hydatique, en raison de l'allure nettement arrondie du tracé de l'ombre ne pouvait non plus être retenue; en effet, s'il y avait kyste, il se serait agi vraisemblablement d'un kyste suppuré, et l'antécédent de vomique hydatide préexistant à la fistulisation du kyste ne se retrouvait pas.

On pouvait penser à un cancer du poumon primitif ou secondaire (cf. radio). Contre cette hypothèse plaidaient : 1° les caractères de la douleur thoracique, qui n'était pas une douleur intolérable, mais plutôt une gêne; 2° la conservation d'un bon état général, l'évolution. La présence d'une seule image radiologique

permettait d'éliminer les métastases néoplasiques essaimées dans le tissu pulmonaire.

Le diagnostic auquel on arrivait était celui de syphilis pulmonaire à forme de gomme.

En faveur de ce diagnostic, nous avions l'image radiologique, le caractère positif des réactions sérologiques (B.-W.), les caractères non bacillifères de l'expectoration.

*L'évolution* a confirmé ce diagnostic; en effet, ce malade a été soumis au traitement suivant : pendant douze jours, il a reçu une injection intraveineuse de cyanure de mercure à 0 g. 01; puis, au bout du douzième jour, deux injections par semaine de Bivatol, sous contrôle des urines.

Très rapidement, c'est-à-dire vers le vingtième jour, les douleurs disparaissent, l'expectoration s'est tarie, il ne persistait plus qu'un peu de toux.

L'examen radiologique montre un nettoyage complet de la tache pulmonaire, au niveau de laquelle ne persistait plus qu'un léger flou, que nous pouvons considérer, semble-t-il, comme la cicatrice de la gomme.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue :

1° Elle fixe dans le cas particulier les détails dans lesquels se développent les accidents tertiaires localisés au niveau de l'appareil pulmonaire;

2° Elle montre que les syphilis dont l'affinité dermotrope est très marquée (notre malade avait des syphilides sur le visage et le corps) peuvent déterminer des accidents viscéraux.

Nous n'avons pas fait à ce malade le traitement arsenical, parce qu'il avait déjà reçu de l'arsenic à doses insuffisantes, et nous n'avons pas voulu l'exposer à des phénomènes d'arséno-résistance.

Nous avons aussi voulu ne pas nous exposer à nous voir reprocher l'action thérapeutique des arsenicaux trivalents sur les affections pulmonaires, action à laquelle, à l'heure

actuelle, on attache bien moins de poids qu'il y a quelques années.

Enfin, à côté des autres formes que nous rapportons, cette observation vient, semble-t-il, confirmer l'existence de la syphilis du poumon à forme gommeuse pure, gomme au stade probable de crudité ou commençant à subir un début de ramollissement.

Observation II (Personnelle et inédite).

(Recueillie dans le Service de clinique médicale de M. le Professeur Mauriac par le Docteur Jacques Lévy.)

*Syphilis du poumon à forme gommeuse sous-pleurale, ayant déterminé un pyopneumothorax spontané.*

Roc... (Marie-Louise), âgée de 52 ans, journalière, est entrée à la salle 6, lit 26, le 13 juin 1935, pour troubles cardiaques, dit-elle.

L'interrogatoire apprend que son affection paraît avoir débuté une quinzaine de jours avant son hospitalisation. Ce début a été marqué par une douleur violente localisée dans la région rétrosternale gauche. Il est difficile de caractériser d'une façon précise cette douleur. Il semble qu'elle se soit localisée dans la portion supérieure et externe de l'hémithorax gauche, en avant, au voisinage de la région se trouvant à trois travers de doigt au-dessous de la clavicule gauche.

Cette douleur a eu un début soudain, c'est une sensation de constriction, sans irradiation particulière vers le bras gauche, vers le cou ou vers la région mentonnière.

La douleur s'accompagnait d'un certain degré d'angoisse et déterminait une gêne respiratoire assez intense au point que la malade fut obligée de s'asseoir et de demeurer plusieurs heures dans cette attitude.

Cet état persista pendant plusieurs heures et ne fut calmé que par une injection de morphine pratiquée par le médecin qui l'a vue à ce moment, et qui pensa à une crise du type angineux.

Fig. 1. — Abcès [illegible].

On note dans le tiers inférieur de la plage pulmonaire droite une image qui paraît comme dessinée à l'emporte-pièce avec autour une petite zone de condensation. Cette image isolée est comparable aux images de gomme données par Sergent dans son atlas de radiographie.

Peu après l'apparition du syndrome algique, elle remarqua qu'elle présentait au-dessous de la clavicule gauche une grosseur du volume d'une grosse noix. Cette tumeur était indolente à la palpation, se réduisant par la pression en donnant à la main l'impression de crépitation neigeuse.

La malade constatait des modifications de volume de cette tuméfaction qui s'exagérait dans les efforts de toux et qui se réduisait dans les inspirations profondes.

Parallèlement, elle se mettait à tousser et à cracher. L'expectoration étant assez abondante, sans odeur particulière et de nature franchement purulente.

Cet état douloureux diminua d'intensité pendant les quinze jours qui précédèrent son admission à l'hôpital, mais ne disparut que progressivement; enfin signalons que pendant les quinze jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital, cette malade présentait de la fièvre qui n'a pas été relevée systématiquement, mais dont l'existence est certaine puisqu'à plusieurs reprises elle nous a dit avoir eu entre 38 et 39 degrés.

*Antécédents.* — Les antécédents ne montrent rien de bien particulier. Enfant, elle a eu une rougeole et un érysipèle. Réglée régulièrement de 11 ans à 43 ans.

Elle a fait trois fausses couches spontanées de deux à trois mois. Ses antécédents héréditaires ne retiennent pas l'attention.

*En résumé :* Il s'agit d'une femme qui n'est ni une tousseuse, ni une cracheuse chronique, et qui présente, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, un syndrome douloureux hémithoracique à début très brutal, et qui, aussitôt après cet épisode douloureux, se met à tousser et à cracher et présente de la fièvre.

Avant de décrire les données de l'examen, signalons que, pendant les six premiers jours où elle fut en observation salle 6, elle présentait une température progressivement croissante, une gêne, une polypnée quasi constante, l'obligeant à demeurer en position demi-assise dans son lit. Elle eut aussi des quintes de toux, suivies d'expectoration purulente, et surtout, le 24 juin, à 17 heures, tous ces symptômes s'aggravèrent notablement pour aboutir à une vomique de 150 grammes environ, vomique purulente, non fétide

et légèrement hémoptoïque, après laquelle il y eut une sédation relative des phénomènes subjectifs, cependant que la température revenait sensiblement à la normale.

Cet épisode, que nous plaçons intentionnellement dans l'évolution, nous paraît capital à retenir pour le diagnostic du syndrome; il se produisit à un moment où aucun diagnostic étiologique précis n'avait été porté dans le service.

*Examen.* — On est en présence d'une femme de 52 ans, dont l'état général est très bien conservé malgré l'intensité des signes fonctionnels. Assise dans son lit, polypnéïque, à 42 respirations par minute, elle est secouée par des quintes de toux fréquentes suivies d'expectoration. Elle est légèrement cyanosée, transpire facilement, répond correctement aux questions qui lui sont posées. Elle est fébrile.

*Examen appareil respiratoire.* — Tous les signes sont localisés à l'hémithorax gauche en avant, ce sont les seuls que nous détaillerons.

Signalons que, du côté droit, l'enquête séméiologique est négative tant en avant qu'en arrière.

A gauche, à l'*inspection*, l'hémithorax est franchement moins mobile que le côté opposé, on note une circulation veineuse collatérale, sorte de tête de méduse à topographie pré-sternale, mais surtout au niveau du creux sous-claviculaire on note une tuméfaction qui soulève la peau, tuméfaction qui grossit et durcit pendant les efforts de toux et dans l'expiration forcée, et qui se réduit en partie dans les mouvements d'inspiration.

La *palpation* donne deux ordres de renseignements :

*a*) Au niveau de la tumeur, elle montre que celle-ci est dépressible et réductible et que la réduction s'accompagne d'une sensation tactile précise de crépitation gazeuse.

*b*) Les vibrations sont diminuées dans le tiers supérieur, alors qu'elles sont normalement perçues dans les deux tiers inférieurs.

La palpation, en outre, ne met en évidence aucun point dou-

loureux osseux, ni aucune modification appréciable du relief des cartilages costaux ou des côtes et de la clavicule.

La *percussion*, pratiquée au niveau de la tumeur, ne nous donne aucun renseignement, même lorsque la tumeur est réduite. Il n'existe ni bruit de pot fêlé, ni aucun signe de caverne pulmonaire.

L'*auscultation :* Le stéthoscope appliqué au niveau de la tumeur montre l'absence de murmure vésiculaire et révèle l'existence d'un souffle à caractère typiquement amphorique; de plus, lors de l'expiration forcée, on perçoit un bruit qui rappelle le bruit d'un froissement sec (sorte de bruit de drapeau, qui serait constitué par un ton unique).

Autour de la tumeur, on ne note l'existence ni de râles secs ni de râles humides. La recherche de la succussion hippocratique donne des résultats négatifs. Pas de retentissement de la voix, pas de bruits d'airain. Le signe du sou est négatif, pas de tintement métallique. Le reste de l'auscultation montre de la rudesse du murmure vésiculaire avec des modifications des rapports physiologiques de l'inspiration sur l'expiration, sorte de respiration vicariante.

Telles sont les données de l'examen physique; le reste de la séméiologie pulmonaire se résume aux éléments suivants : toux, expectoration variant entre 50 à 80 $cm^3$, ne se déposant pas en couches superposées lorsqu'elle était recueillie dans un verre, c'était une expectoration purulente homogène.

La malade présentait aussi une cyanose marquée aux lèvres, aux lobules des oreilles, aux extrémités des doigts, qui ne présentaient pas de déformation hippocratique.

Les *examens complémentaires* ayant trait à l'appareil pulmonaire ont donné les résultats suivants :

Examen des crachats : Il s'agit de crachats purulents, dont les éléments cellulaires sont très profondément altérés, se réduisant à de véritables ombres cellulaires. On trouve des cellules en voie de cytolyse sur l'origine desquelles une étiquette précise est quasi impossible à mettre. On trouve aussi des polynucléaires très altérés.

A la coloration de Gram, on voit des germes peu nombreux (cocci Gram +), quelques chaînettes, pas de spirilles, pas de bâtonnets du type des germes anaérobies.

Au Ziehl, absence de B. K. (après homogénéisation).

A l'examen direct : là encore il n'a pas été fait de recherches de fibres élastiques par la coloration à l'orcéine.

*Radiologie.* — La première radiographie est faite le 25 juin 1935. C'est une téléradio postérieure. Elle montre un thorax étroit avec élargissement et légère hyperclarté dans l'ensemble des deux plages pulmonaires.

Le cœur est sensiblement en position médiane. Les hiles ne présentent pas d'images pathologiques. Les coupoles diaphragmatiques ont des contours réguliers. La trachée est légèrement déviée vers le côté droit, sans présenter de courbures anormales; il s'agit d'une transposition en masse de l'ombre de celle-ci.

Ce qui frappe, c'est l'existence dans le poumon gauche d'une ombre en forme de cupule, dont la limite supérieure est horizontale, dont le pôle inférieur serait légèrement attiré vers le côté droit.

Ombre homogène sans image de réaction parenchymateuse (condensation périfocale), le bord est linéaire. L'aspect est celui d'une image hydroaérique classique (confirmation radioscopique).

Le reste de l'examen radiographique du thorax ne montre pas de médastinite, il faut simplement signaler le dessin un peu flou de l'ombre périaortique.

La radiographie confirme l'absence de lésions osseuses, on ne trouve pas d'images d'ostéite costale, ni de raréfaction des travées osseuses des côtes à ce niveau-là.

Le reste de l'examen donne peu de renseignements :

Pas de troubles cardio-vasculaires.

La tension artérielle est : Mx, 13; Mn, 8 1/2; Io, 1, 1/2, au Pachon.

Rien du côté du système nerveux, en particulier pas de signe d'Argyll-Robertson.

Rien du côté des appareils digestif, urinaire, des organes hématopoïétiques.

Au point de vue humoral :

Urée, 0,22;
Glucose, 1,10;
Cholestérol, 1,80.

Les réactions de B.-W. et de Meinicke sont fortement positives dans le sang.

*En résumé :* Il s'agit d'une femme de 52 ans qui présente une pneumopathie ayant débuté brutalement par un syndrome douloureux. Cette pneumopathie est localisée à la région apicale du poumon gauche et elle se présente comme une suppuration pulmonaire.

Différents points doivent être précisés :

1° Quelle est la nature du syndrome présenté par la malade ?
2° Quelle est l'étiologie de ce syndrome ?

Ce syndrome à début brutal, accompagné de sensation d'étouffement, qui s'objective par une dyspnée intense, avec cyanose, le souffle amphorique qu'on trouve à l'examen, et l'image hydro-aérique de la radiographie, permettent de penser qu'il s'agit d'un pyopneumothorax, partiel ou enkysté, d'un type un peu particulier, puisque habituellement les pyopneumothorax partiels ont comme dominante séméiologique une atténuation des signes fonctionnels.

Ce pyopneumothorax enkysté, du sommet, peut être étiqueté d'une façon plus précise sous le nom de pyopneumothorax sous-costal.

Quant à l'étiologie, on ne peut retenir l'hypothèse d'un abcès du poumon, d'une pleurésie enkystée, ouverte secondairement dans les bronches, d'une collection froide d'origine osseuse ouverte également dans les bronches, pas plus que l'hypothèse, qui *a priori* était la plus défendable, de pyopneumothorax tuberculeux.

Ce qui est frappant, c'est l'existence d'une pneumopathie à début soudain ayant donné des signes physiques et radiologiques strictement localisés et *surtout* dont l'évolution se

fit rapidement vers la *restitutio ad integrum* sous l'influence du seul traitement spécifique.

*Evolution.* — En effet, dès après sa vomique, cette malade fut soumise à un traitement spécifique par le cyanure de mercure intraveineux et on put constater la disparition des signes physiques (signes de pyopneumothorax), l'arrêt de l'expectoration de la toux, une chute de la température au voisinage de la normale, ainsi qu'un nettoyage radiologique comme le prouve d'une façon indiscutable la deuxième radiographie faite le 9 juillet 1935, où on ne voit plus qu'un léger flou dans la région sous-claviculaire gauche. Ce flou devait s'atténuer encore davantage, ainsi que le montre la troisième et dernière radiographie faite le 3 août 1935, où on devine à peine une transparence moindre de la plage pulmonaire au niveau de cette région sous-claviculaire.

Quant au mécanisme exact, nous pensons qu'il a été le suivant : cette femme a peut-être présenté une gomme syphilitique tertiaire du poumon gauche, qui est restée muette pendant un temps difficile à préciser. Son existence ne s'est révélée que le jour où cette gomme s'est fistulisée par ramollissement progressif en donnant naissance à un pyopneumothorax, lequel s'est secondairement évacué par vomique dans les bronches.

Nous insistons sur le caractère tout à fait atypique de cette pneumopathie, sur l'image pathologique absolument isolée dans un parenchyme pulmonaire indemne, sur la guérison complète au point de vue physique et fonctionnel sous la seule influence d'un traitement antisyphilitique.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs points de vue, car nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale un autre cas de syphilis pulmonaire qui puisse se superposer à celui que nous rapportons.

Les gommes sous-pleurales ayant engendré après elles un pyopneumothorax paraissent demeurer, dans le cadre de la syphilis pulmonaire les formes les plus exceptionnelles.

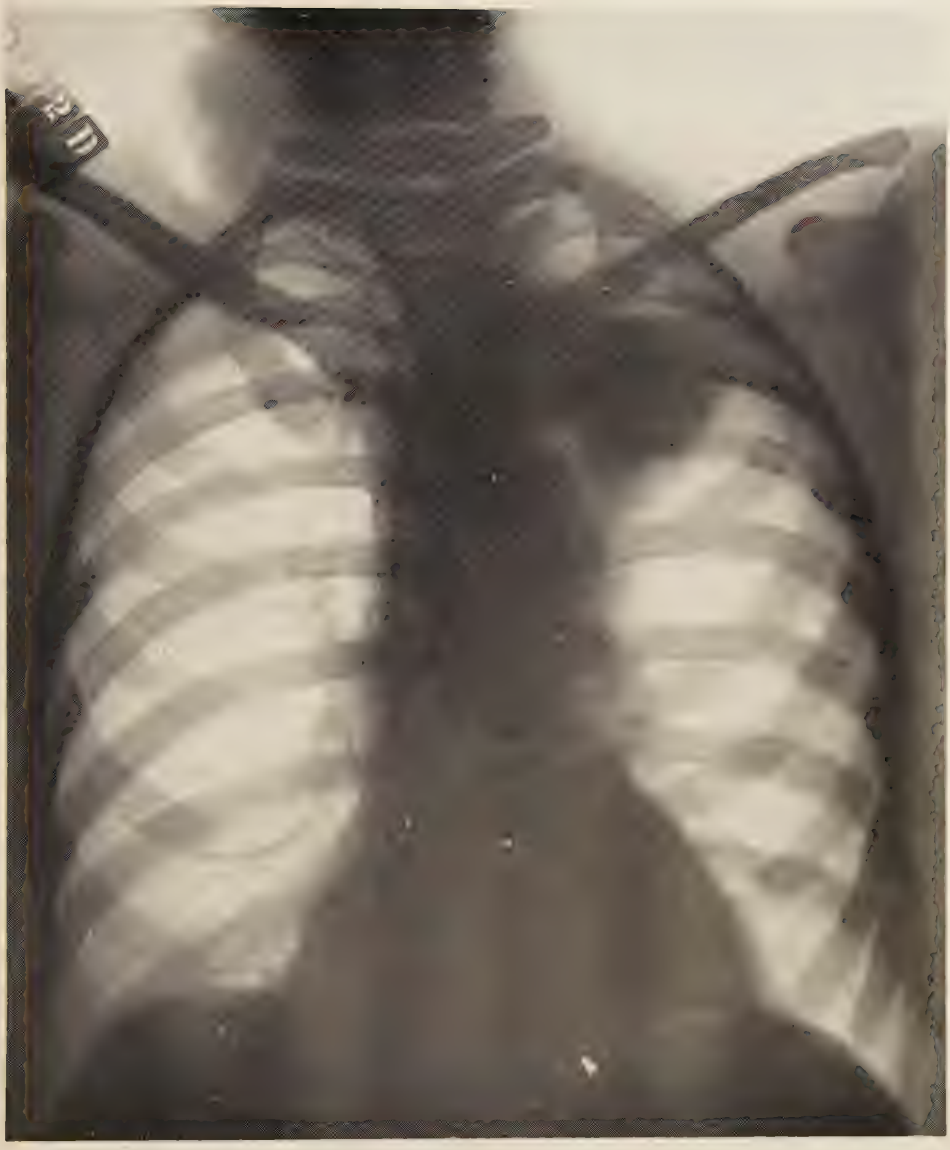

Fig. 2. — Marie-Louise Roc... (obs. II).

Radiographie faite le 25 juin 1935.

On note une image hydro-aérique, ombre en forme de cupule, dont la limite supérieure est horizontale, et dont le pôle inférieur serait légèrement attiré vers le côté droit.

Fig. 3. — Marie-Louise Roc... (obs. II).

Deuxième radiographie faite le 9 juillet 1935.

On ne voit plus qu'un léger flou de la région sous-claviculaire gauche, alors que tous les signes cliniques, fonctionnels et physiques ont disparu depuis plusieurs jours déjà.

Fig. 4. — Marie-Louise Roc... (obs. III).

Troisième radiographie faite le 3 août 1935.
Le nettoyage radiologique est complet.

Observation III.

(Vincent P. Norman, *British Medical Journal*, 26 nov. 1932, p. 967.)

Le malade, un homme âgé de 56 ans, fut admis pour frissons, douleur dans le côté gauche et toux, dans la soirée du 5 mai 1929.

Son histoire était celle-ci : Il était bien portant et travaillait jusqu'à quelques jours avant ces symptômes, qu'il qualifie de « mauvais froid ». Quand nous l'avons examiné, sa température était de 38°5, son pouls à 90, et il avait 34 respirations par minute.

Les signes physiques consistaient en des râles muqueux dans l'étendue des deux poumons, avec intensité respiratoire diminuée à la base gauche, ainsi qu'à la région axillaire, avec, en même temps, de fines crépitations.

Quarante-huit heures après cet examen, on avait l'impression d'une condensation pulmonaire de la base gauche.

L'expectoration était tenace et légèrement hémoptoïque.

Pendant une semaine, pas de grands changements dans les signes généraux et les signes physiques.

La fièvre devint rémittente, et le malade se plaignit de beaucoup souffrir du côté gauche, surtout la nuit.

Au bout de trois semaines, comme la température oscillait toujours de 38 à 38°5, et que les signes physiques du poumon ne rétrocédaient pas, les douleurs nocturnes empêchant tout sommeil, on fit une ponction exploratrice qui resta blanche.

L'expectoration sanguinolente continuant, la recherche du B. K. fut faite dans les crachats; elle fut négative.

La radiographie montra une ombre profonde visible au niveau de la 6e côte. On pensa que cette ombre était due à une tumeur probablement maligne.

La persistance des douleurs nocturnes suggéra la possibilité de la nature syphilitique de la tumeur, quoique le malade niait tout antécédent syphilitique.

La réaction de B.-W. fut faite et se montra positive.

Avant de commencer le traitement par l'iodure de potassium,

la peau de la région axillaire antérieure devint rouge et s'ulcéra. Une petite quantité de pus s'échappa, suivie d'une plus grande quantité de matière gommeuse typique.

Tout le processus disparut rapidement sous l'action de l'iodure et le malade fut complètement guéri en quelques semaines.

### Observation IV.

(Présentée à la Société médicale des hôpitaux de Lyon : *Gommes pulmonaires multiples et bronchectasies* [Syphilome tertiaire du poumon], par Cordier-Lagèze et P. Mounier-Kuhn, in *Journal de médecine de Lyon*, 7 mars 1935.)

L'observation rapportée est celle d'une femme de 49 ans, atteinte de bronchectasies syphilitiques, avec expectoration très abondante, toux, dyspnée sans fièvre, ni hémoptysies. Tous les examens pratiqués sur les crachats ne purent mettre en évidence des B. K. Le B.-W dans le sang fut très positif.

La radiographie pulmonaire montra, en dehors d'une sclérose dense des bases, des gommes pulmonaires bilatérales au nombre de trois : une à la base droite, deux au poumon gauche.

Cette association de gommes et de bronchectasies constitue le type complet du syphilome tertiaire du poumon.

Un traitement d'épreuve fit disparaître les gommes en deux semaines, alors que les bronchectasies, confirmées par le lipiodol, ne furent nullement modifiées.

### Observation V.

(Sergent, Imbert, Piot, *Presse médicale* du 21 avril 1934.)

X..., âgé de 42 ans, vient consulter, le 10 août 1933, le Professeur Sergent, sur le conseil du Docteur Piot. Il ne se souvient pas d'avoir eu une maladie quelconque. Aviateur dans l'armée russe pendant la guerre, il a fait plusieurs chutes, mais aucune d'elles n'a provoqué de lésions thoraciques ni pulmonaires. Ayant quitté la Russie au début de la Révolution, il est venu en France et a

exercé la profession de chauffeur de taxi; il s'est livré à des excès de boisson; il a changé de métier et a pris un emploi sédentaire.

Depuis deux mois, il éprouve une sensation de fatigue générale et a maigri. Son aspect général reste bon cependant, il conserve un bon appétit et n'a pas de troubles digestifs, il n'a pas de fièvre.

Il est grand fumeur et depuis longtemps a un catarrhe trachéo-bronchique banal.

Son état de fatigue s'accentuant, ainsi que son amaigrissement, il consulte, il y a un mois, un médecin, qui constate des signes de bronchite et conseille de faire un examen radiologique du thorax avec radiographie.

Le Docteur Piot constate à la base droite la présence d'une image arrondie, des dimensions d'une mandarine, qui évoque l'idée d'un kyste hydatique ou d'une tumeur cancéreuse. Le Docteur Piot conseille de faire l'examen des crachats et l'examen du sang.

L'examen des crachats ne montre pas de B. K. L'examen du sang ne montre pas d'éosinophilie. La réaction de Weinberg-Parvu est négative; mais les réactions de B.-W. et de Hecht sont fortement positives.

C'est dans ces conditions que le Professeur Sergent est appelé à examiner le malade; celui-ci quelques jours auparavant, avait consulté un autre médecin, qui avait porté le diagnostic de cancer primitif du poumon.

Malgré l'absence d'antécédents et de stigmates très apparents de syphilis — si ce n'est une paresse du réflexe pupillaire d'accommodation à la lumière — la présomption d'une gomme pulmonaire s'impose; l'image radiologique arrondie rappelle celle des observations recueillies avec Benda. L'accentuation des arborescences bronchiques et l'épaississement des parois bronchiques, nettement visibles dans les régions para-hilaires sur les bronches saisies par les rayons dans le sens de leur axe correspondent à la bronchite syphilitique tertiaire isolée ou associée à la présence de gommes, ainsi que nous l'avons vu avec Benda.

Pour ces raisons, le Professeur Sergent conseille d'instituer le traitement d'épreuve; il prescrit une injection intraveineuse de cya-

nure de mercure à 0 g. 01 tous les deux jours, et les jours alternes un suppositoire contenant 0 g. 06 d'onguent napolitain, traitement à suivre pendant quarante jours, en ajoutant chaque jour 2 grammes d'iodure de potassium.

Le 25 septembre 1933, le malade revient consulter le Professeur Sergent. Il se sent très bien, sa fatigue a disparu; il a repris 6 kilos; il a grand appétit. Il conserve son catarrhe des fumeurs. Une nouvelle radiographie tirée par le Docteur Piot montre que l'image arrondie s'est considérablement modifiée, et a fait place à une simple accentuation de la trame rayonnée dans la zone correspondante.

Le diagnostic de gomme syphilitique ne peut plus être mis en doute.

Le conseil est donné à X... de faire une nouvelle série du même traitement après une interruption de quinze jours.

Le 8 décembre 1933, X... a pris encore 6 kilos. Il se sent très bien. L'ancienne image arrondie a complètement disparu; il persiste simplement dans les deux champs pulmonaires une accentuation des arborescences bronchiques, la sclérose bronchique tertiaire n'étant pas accessible au traitement, parce que définitivement acquise.

Par précaution, il est conseillé de faire, après un repos de six semaines, une nouvelle cure de traitement spécifique.

### Observation VI.

(Sergent, Imbert, Piot, *Presse médicale*, 21 avril 1934.)

L..., âgé de 42 ans, est hospitalisé dans le service médico-chirurgical du Professeur Sergent, à l'Hôpital Broussais, le 29 octobre 1933, sur la demande du Docteur Imbert.

Il tousse et crache depuis six mois, attribuant ce catarrhe à ses habitudes de fumeur; mais il se sent très fatigué, a maigri, a perdu l'appétit.

Son état s'est aggravé depuis le 16 octobre, l'expectoration devenant plus abondante, franchement purulente et même un peu

fétide par intermittences, la température oscille entre 38 et 39 degrés.

Le Docteur Hein de Balsac, qui examine le malade le 17 octobre, ne constate aucun signe stéthoscopique; il prescrit un examen des crachats, qui reste négatif et une radiographie qui montre dans la région haute du champ pulmonaire droit une image arrondie isolée; un traitement par l'émétine est institué; 15 injections successives sont pratiquées et suivies de 10 injections d'autovaccin.

Une nouvelle radiographie montre une augmentation de volume de l'image arrondie; l'état général devenant en même temps de moins en moins bon, le diagnostic s'oriente vers la probabilité d'un cancer primitif.

C'est dans ces conditions que le Docteur Imbert fait hospitaliser le malade.

Une nouvelle radiographie faite le 22 novembre montre au-dessus de la première image arrondie, qui persiste, une nouvelle image franchement « obronde » un peu plus petite, et met en évidence une accentuation très nette des arborescences bronchiques, avec épaississement des parois bronchiques, nettement visible sur les bronches saisies par les rayons dans le sens de leur axe.

Ces constatations nous orientent vers le diagnostic de syphilis pulmonaire avec bronchite chronique tertiaire et gommes (il convient de noter que les gommes pulmonaires ne sont pas toujours solitaires mais peuvent être multiples, ainsi que Letulle l'a bien montré). A l'appui de cette présomption, l'examen du malade apporte des constatations importantes.

Les pupilles sont petites et inégales; la droite est un peu plus grande que la gauche et de forme irrégulière; elles ne réagissent que faiblement à la lumière; en outre, le sujet donne des signes de troubles psychiques à type de confusion mentale. Malgré les résultats négatifs des réactions humorales, le traitement spécifique est institué, injection de cyanure de mercure tous les deux jours, suppositoires de mercure les jours alternes; la première injection de cyanure est faite le 5 décembre.

Une nouvelle radiographie tirée le 29 décembre montre la dispa-

rition complète de la seconde gomme et la diminution considérable du volume de la première dont l'image a évolué vers la formation cavitaire; on constate en même temps l'opacification de toute la partie interne du lobe inférieur, qui traduit l'extension progressive du processus de broncho-pneumonie subaiguë lié à la suppuration bronchique. Cette constatation concorde avec la persistance de la bronchorrhée purulente et avec la fétidité de plus en plus marquée.

Quoi qu'il en soit, le malade quitte l'hôpital sur sa demande le 30 décembre.

Le 26 janvier, il est ramené d'urgence à l'hôpital, le Docteur Imbert ayant constaté une pleurésie purulente. Il meurt subitement en montant dans son lit. L'autopsie n'a pu être faite, la famille ayant mis opposition.

### Observation VII.

(Sergent, Imbert, Piot, *Presse médicale*, 21 avril 1934.)

Le nommé G..., âgé de 30 ans, est hospitalisé dans le service du Professeur Sergent à l'Hôpital Broussais.

A 16 ans, il a contracté la syphilis et n'a suivi qu'un traitement par pilules, pendant quelques semaines. Depuis un an, sa vue a baissé progressivement; la cécité est presque complète maintenant; peu à peu s'est développée une paraplégie spasmodique progressive.

Il entre à l'hôpital parce que, depuis quelque temps, il tousse et crache du pus; il a de la fièvre.

On constate les signes d'une bronchite diffuse et à la base gauche, en arrière, un foyer soufflant avec de nombreux râles sous-crépitants.

Une radiographie montre, en outre d'une accentuation typique des arborescences bronchiques, une grosse image arrondie à contours flous, occupant toute la partie moyenne et antérieure du lobe inféreur gauche.

Cette image est loin de présenter les caractères nets des images « obrondes » correspondant aux gommes syphilitiques.

Cependant, devant la persistance des signes et des symptômes, le 21 décembre le malade est soumis au traitement d'épreuve (injections de cyanure de mercure et suppositoires mercuriels). Rapidement, le syndrome de bronchorrhée purulente s'atténue, en même temps que disparaît l'image arrondie de la base gauche; le nettoyage radiologique est complet trois semaines après le début du traitement.

Observation VIII.

(Roubier, *Journal de médecine de Lyon*, 1931, n° 615.)

Il s'agit d'un homme de 48 ans, employé de banque, qui entre dans notre service, le 9 août 1930, pour affection pulmonaire.

Ses antécédents héréditaires et collatéraux sont sans intérêt.

Pendant son service militaire, à l'âge de 22 ans, il contracte la syphilis. Il se fait régulièrement traiter par des injections mercurielles jusqu'à l'année 1922; depuis cette date, il n'a pas eu de nouveau traitement.

D'autre part, depuis le chancre, il n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques.

A 27 ans, il se marie, sa femme est bien portante et n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches.

Il a été mobilisé pendant toute la guerre sans être jamais évacué.

En 1922, il présente des troubles digestifs, puis brusquement une crise douloureuse hépatique. Sous l'influence d'un régime sévère, tout rentre dans l'ordre.

Il y a un an, vers le milieu de 1929, il se met à tousser et se plaint d'un point de côté à droite. L'examen thoracique montre alors des signes de bronchite et, à la radioscopie, une masse sombre dans la région hilaire droite.

Un examen bactériologique des crachats reste négatif.

Le malade se repose et se soigne, et, cinq mois plus tard, un nouvel examen radioscopique montre une diminution de la masse sombre de la région hilaire droite.

Il y a deux mois, le malade se remet à tousser, maigrit, présente de la fièvre.

A l'entrée dans le service (9 août 1930), il s'agit d'un malade très amaigri (poids, 55 kilos), au facies ridé, d'aspect cachectique, qui tousse et crache beaucoup (expectoration muco-purulente banale). Il dit avoir perdu 7 kilos depuis deux mois.

Il ne souffre pas de point de côté, mais se plaint de maux de tête localisés à la région frontale.

La courbe thermique se maintient aux environs de 38 degrés et ne dépasse guère 38°2.

Examen pulmonaire : Sonorité normale, respiration emphysémateuse avec quelques sibilances, pas de râles fins nulle part .

Au cœur : rythme normal, pas de souffle; tension artérielle : Mx, 13; Mn, 8.

L'abdomen est un peu ballonné; le foie est un peu gros et douloureux à la palpation, pas de grosse rate.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont faibles, mais non abolis; les pupilles sont normales.

*Examen radioscopique du thorax.* — On découvre une lésion extrêmement importante occupant toute la région juxta-hilaire inférieure droite : c'est une zone opaque, vaguement arrondie, mais à contours assez irréguliers, n'atteignant pas la ligne axillaire, ni non plus la coupole diaphragmatique, dont la sépare une mince zone claire.

Son opacité n'est pas homogène, et on y voit notamment à la périphérie quelques parties plus opaques.

L'auscultation pulmonaire attentive ne montre rien d'anormal à la base droite, sauf peut-être une légère diminution du murmure vésiculaire, mais pas de râles, même après la toux.

L'examen des crachats (13 août) ne révèle pas de B. K. après homogénéisation; une inoculation au cobaye est pratiquée (résultat reçu le 10 octobre : inoculation négative).

La réaction de Wassermann est très positive.

On commence le traitement spécifique (une injection de novarsénobenzol à doses croissantes et deux injections de cyanure de mercure par semaine).

Le 9 septembre 1930 : Le malade a reçu trois injections de novarsénobenzol et sept de cyanure de mercure.

L'état général s'est considérablement amélioré : reprise de poids de 5 kilos; reprise de l'appétit, diminution de la toux et de l'expectoration.

La courbe thermique, qui était auparavant subfébrile, se maintient au-dessous de 37 degrés.

A l'auscultation pulmonaire, on note seulement une diminution des murmures à la base droite et quelques sibilances.

10 septembre 1930 : Toujours pas de B. K. dans les crachats.

23 septembre 1930. On pratique l'épreuve du lipiodol.

Bien qu'au moment de l'injection intratrachéale le malade ait été fortement penché du côté droit, on constate que la masse sombre juxtahilaire droite n'a pas été injectée; presque tout le lipiodol a pénétré dans l'appareil bronchique gauche.

Cette constatation semble indiquer que les bronches du côté droit sont peu perméables.

4 octobre 1930 : Le malade, qui a reçu six injections de novarsénobenzol : 0 g. 15, 0 g. 30, 0 g. 45, 0 g. 60, 0 g. 75, 0 g. 90, et quinze de cyanure de mercure, quitte le service tout à fait transformé; il présente un aspect floride, a pris plus de 10 kilos (poids, 67 kilos). Ne tousse et ne crache absolument pas.

L'auscultation pulmonaire est négative.

Quant à l'image radioscopique de la région hilaire droite, elle persiste sans modifications importantes.

24 janvier 1931 : On revoit le malade, qui a été soumis pendant quelque temps à la médication iodurée : 1 gramme de iodure de potassium par jour; cette médication a été mal tolérée et on a dû l'interrompre.

Le poids est de 72 kg. 500, la tension artérielle : Mx, 16; Mn, 9.

Aucun trouble fonctionnel.

A l'auscultation pulmonaire, quelques sibilances.

A la radioscopie, l'image opaque de la base droite a diminué d'intensité et paraît moins étendue que précédemment.

23 avril 1931 : Le malade a reçu une deuxième série d'injections arsenicales et mercurielles à peu près semblables à la première.

Poids, 75 kilos. Depuis le début du traitement, le malade a engraissé de 20 kilos.

A la radioscopie, on voit dans l'angle inféro-interne du champ pulmonaire droit, une zone floue, voilée à contours indécis, dont l'opacité est bien moins prononcée qu'aux premiers examens.

### Observation IX.

(Jacob, *Revue de la tuberculose*, n° 5, 1923.)

Il s'agissait d'une femme de 45 ans, sans aucun antécédent pathologique important.

Le début apparent de la maladie s'est fait par une forte hémoptysie.

On trouvait à la base droite, en arrière de la submatité, de la diminution du murmure vésiculaire et de gros râles humides.

L'exploration radiologique montrait à droite, dans la même région, la présence d'une image hydro-aérique.

Cette image cavitaire et l'hémoptysie évoquaient immédiatement l'idée de tuberculose pulmonaire.

Cependant, malgré des examens répétés, la recherche des B. K. dans les crachats se montrait négative, et il n'y avait pas de fièvre.

Par ailleurs, le B.-W. dans le sang était négatif.

La suspicion de la nature syphilitique de l'affection naquit de la constatation de signes manifestes d'hérédo-syphilis chez la fille du malade âgée de 22 ans.

Un traitement par le cyanure de mercure, puis par le novarsénobenzol, fut suivi de la rétrocession progressive de l'image radiologique et de l'ensemble des signes cliniques.

Dans ce cas, l'épreuve thérapeutique fut tout à fait démonstrative, mais, comme d'habitude, il fut nécessaire de l'employer d'une manière intensive et prolongée.

Observation X.

(Vittorio Lubitch, *Rinacenza Medica*, 1er juin 1929.)

Homme de 45 ans avec expectoration abondante mais non bacillifère.

L'examen clinique indiquait l'existence d'une zone de cortico-pleurite extériorisant une lésion plus profonde.

Cette dernière était en effet mise en évidence par l'exploration radiologique, sous la forme d'une image cavitaire, voisine du hile gauche, sans aucun signe radiologique d'altération du parenchyme ambiant.

Comme il s'agissait d'un spécifique avéré, avec une réaction de B.-W. positive dans le sang, un traitement antisyphilitique fut institué, et, de même que dans le cas précédent, il confirma le diagnostic de gomme ulcérée du poumon en déterminant rapidement le nettoyage radiologique et la disparition des symptômes cliniques.

Observation XI.

(Sergent et Benda, *Paris médical*, 15 févr. 1930.)

*Gomme du poumon gauche disparue sans laisser de trace sous l'influence du traitement antisyphilitique.*

Une vieille femme hospitalisée à la Charité est observée par nous pendant plusieurs mois pour un syndrome de bronchite chronique avec bronchectasies droites.

C'est une syphilitique avérée, et elle a été soignée, l'année d'avant, dans le service de M. Chiray, qui a vu disparaître une gomme du poumon gauche sous l'influence du traitement spécifique.

Au moment de son entrée dans notre service, l'exploration radiologique prouve l'intégrité absolue du poumon gauche, où l'ancienne gomme n'est plus visible, tandis qu'à droite on constate l'existence d'une image de sclérose rétractile, avec symphyses et grosses bronchectasies, mises en évidence par le lipiodol.

Observation XII.

(*In* thèse de Benda, *Bronchite chronique syphilitique*, Paris, 1927.)

*Gomme de la région sous-claviculaire droite.*

Mme Pou..., couturière, âgée de 55 ans, entre salle Damasdino, le 20 décembre 1925, pour toux, expectoration, gonflement et douleur du genou droit.

C'est une syphilitique avérée, qui, à l'âge de 20 ans, eut un chancre des grandes lèvres, suivi de roséole et de plaques muqueuses.

Elle a été traitée depuis très irrégulièrement; récemment encore le B.-W. dans le sang était positif.

A l'examen, on note tout de suite l'existence d'une énorme exostose, à la partie externe de l'humérus, au-dessus du coude, et la présence d'une autre exostose aussi considérable dans la région de la bosse frontale gauche.

Le genou droit est globuleux, la peau qui le recouvre est blanche, luisante, tendue. Il y a de la circulation collatérale apparente.

A la palpation, hyperthermie locale, douleur vive le long du fémur et du tibia, surtout à la partie externe de l'articulation.

L'interligne articulaire est perceptible, les ménisques saillants et douloureux; on trouve une sensation de mollesse et d'empâtement; pas de choc rotulien.

Les mouvements spontanés sont limités et douloureux; les mouvements provoqués sont également très limités.

Du point de vue de l'appareil respiratoire, la malade tousse très peu actuellement, ne crache pas ou à peine, ne ressent pas de points de côté, n'a pas de dyspnée.

L'examen des poumons montre en avant à droite une diminution de sonorité, les vibrations vocales plus fortes qu'à gauche, la respiration un peu soufflante sous la clavicule.

A gauche, on trouve une respiration rude.

En arrière, à droite, matité dans le tiers supérieur du poumon

Exagération des vibrations.

Quelques crépitations discrètes après la toux à la partie interne de la fosse sus-épineuse.

A gauche, diminution de sonorité au sommet, respiration rude et soufflante; quelques sibilances.

L'examen radiologique des poumons met en lumière les symptômes suivants : les deux sommets sont légèrement voilés. Des tractus broncho-vasculaires abondants et finement dessinés parcourent les deux champs pulmonaires.

On note, en outre, à gauche, un empâtement de la région parahilaire.

A droite, dans la même région, trois taches de ganglions calcifiés, du volume d'un gros pois, entourés de fines marbrures.

Mais surtout il existe dans la région sous-claviculaire droite une image arrondie, à contours bien tracés et correspondant, en toute vraisemblance, à une gomme non ulcérée.

L'ensemble de ces constatations conduit à soumettre cette malade à un traitement intensif par le bismuth.

Au bout de trois injections, on a la satisfaction de noter la fonte de la pseudo-tumeur blanche du genou droit et l'atténuation des douleurs de cette articulation.

En ce qui concerne l'image arrondie de la région sous-claviculaire, nous n'avons pas malheureusement de précision sur ses modifications éventuelles, au cours du traitement antisyphilitique, la malade ayant quitté le service avant qu'une radiographie de contrôle ait pu être exécutée.

Toutefois, étant donnée la notion certaine de syphilis à la base de cette observation, il nous semble illogique de mettre en doute la nature de l'image arrondie siégeant dans la région sous-claviculaire droite. Une seule réserve peut être formulée au sujet de la présence de signes radiologiques de prolifération scléro-calcaire, la coexistence de ceux-ci ne permettant évidemment pas de faire rentrer ce cas dans les formes de gommes solitaires proprement dites.

Observation XIII.

(Sergent et Benda, *Paris médical*, 15 févr. 1930.)

*Gomme solitaire parahilaire gauche et gomme cervicale droite*

Mme Pet..., âgée de 49 ans, entre à la Charité, le 30 novembre 1927, pour une tuméfaction à contours bien arrêtés siégeant à la partie moyenne de la région cervicale droite.

L'interrogatoire apprend, en outre, qu'elle a été opérée il y a dix-huit ans pour une tumeur non douloureuse de la face antéro-interne du tibia gauche ayant évolué en dix ans.

Il y a une dizaine d'années, la malade a souffert d'une céphalée persistante et très intense, ayant conduit à pratiquer une ponction lombaire dont les résultats restent ignorés.

Un an avant son entrée à l'hôpital, elle a ressenti dans le bras droit, puis dans le bras gauche et la jambe gauche, des douleurs très marquées, évoquant l'idée de douleurs fulgurantes.

En mai 1927, débute la tuméfaction cervicale droite, qui augmente peu à peu et devient rouge.

Au moment de son entrée, en novembre 1927, on note la présence d'une tuméfaction cervicale droite, siégeant exactement en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, à trois travers de doigt au-dessous de la mastoïde.

Il s'agit d'une tuméfaction dure dans son ensemble, et résistant à la pression, sauf en son centre, qui est nettement fluctuant.

Elle est rouge et adhère aux plans profonds.

On retrouve, d'autre part, à la face antéro-interne du tibia, la cicatrice de l'ancienne tuméfaction opérée il y a dix-huit ans. Cette cicatrice a contracté des rapports intimes avec la surface osseuse sous-jacente, qui est elle-même vallonnée et irrégulière. Ce détail indique bien la participation de l'os à ce processus ancien.

L'examen du cœur fait reconnaître des signes d'aortite (claquement du deuxième bruit, souffle systolique de la base) avec une tension artérielle de 15-18 au Vaquez.

Il n'y a pas d'autres stigmates de syphilis, mais la réaction de B.-W. dans le sang est très fortement positive.

Du point de vue pulmonaire, la malade tousse et crache abondamment.

L'examen stéthacoustique ne permet de reconnaître que des signes de bronchite banale, mais la radiographie fait découvrir à un travers de doigt de l'ombre hilaire gauche une image obronde et homogène.

En somme, les anamnestiques, l'aortite, les caractères de la tuméfaction cervicale, conduisent à penser à une adénite cervicale gommeuse et à une gomme solitaire du poumon. Cette première impression étant du reste confirmée par les résultats de l'examen sérologique.

Le traitement antisyphilitique est institué, et on voit peu à peu s'affaisser la gomme cervicale, en même temps que disparaît progressivement la gomme parahilaire gauche.

Plusieurs radiographies, échelonnées sur deux années, ont permis de suivre les modifications de l'image obronde sous l'influence du traitement.

Sur la dernière radiographie, il n'existe pas de trace visible de l'ancienne image nodulaire hilaire gauche, et c'est à peine si l'on peut noter un peu d'exagération du chevelu parahilaire.

Quant à la gomme cervicale, on n'en trouve plus en décembre 1929 qu'un vestige des plus réduits sous la forme d'un petit noyau calcifié.

Observation XIV.

(Sergent et Benda, *Paris médical*, 15 févr. 1930.)

Gomme solitaire du poumon droit.

Gor..., âgé de 38 ans, plongeur, entre à la Charité, salle Corvisart, le 2 mai 1929, pour point de côté et gêne respiratoire.

Dix jours avant son entrée à l'hôpital, il a ressenti un violent point de côté dans l'aisselle droite, suivi de frissons et fièvre.

Le lendemain apparaît une expectoration sanguinolente, qui persiste pendant deux ou trois jours, puis tout rentre dans l'ordre.

L'interrogatoire apprend que ce malade est un syphilitique

avéré; il a eu un chancre induré à l'âge de 25 ans. Il a été atteint, il y a deux ans, d'un processus de périostose frontale, et la réaction de B.-W. fut nettement positive à cette époque.

Sa femme est elle-même soignée dans un service de vénéréologie.

A l'entrée, la température est revenue à la normale.

Le syndrome respiratoire n'est plus représenté que par une plaque de cortico-pleurite dans la région scissurale droite, mais l'exploration radiographique montre l'existence d'une image obronde, de la dimension d'une grosse amande et paraissant à cheval sur la région scissurale droite.

Pas de B. K. dans les crachats.

Au cœur, on trouve un clangor du deuxième bruit aortique.

La tension artérielle s'élève à 21-12 au Vaquez.

Enfin, le malade porte une exostose frontale, dont l'aspect permet à lui seul de soupçonner la nature.

Le traitement par le cyanure de mercure fait disparaître l'image arrondie de la région scissurale droite.

Il faut attendre jusqu'au 17 juillet pour se convaincre de la disparition complète, parce que le malade, dans le but d'éliminer une bronchectasie éventuelle, a subi, quelques jours après son entrée, une injection intratrachéale de lipiodol qui masque temporairement l'image gommeuse du poumon droit.

Le 17 juillet, en tout cas, cette image a complètement disparu, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'examen de la radiographie.

### Observation XV.

(Guntali, *Diagnostic radiologique et clinique de la syphilis pulmonaire*, in *Gazz. degli ospedali e dell clinische*, 1929, n° 8.)

Chez un ancien syphilitique, où l'auscultation montrait un affaiblissement du murmure vésiculaire à droite et en arrière, la radiographie de la partie inférieure et interne du poumon droit montre une « ombre arrondie assez dense, à contours irréguliers et vagues; le fond de cette ombre n'est pas uniforme; il y a des points plus denses et d'autres plus clairs; cette ombre, en outre, est traversée par des cordons opaques assez denses qui se continuent dans le parenchyme pulmonaire ».

Un traitement mercurio-iodo-arsenical amena le rétablissement de l'état général et une diminution notable des ombres anormales, radiologiquement constatées.

### Observation XVI.

(Bensaude et Emery, *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 24 juin 1913.)

*Syphilome intrathoracique (probablement broncho-pulmonaire), simulant un cancer du médiastin. — Retour à la santé depuis près de deux ans. — Examen radiologique avant et après le traitement.*

R..., 49 ans, fermier en Roumanie. Le père est mort d'une pneumonie à l'âge de 68 ans; la mère bacillaire, âgée de 69 ans, présente des signes de scléro-bacillose, avec dilatation bronchique.

Un frère et une sœur ont eu des accidents bacillaires, mais sont actuellement bien portants.

A l'âge de 14 ans, R... a eu une pleurésie droite; à 26 ans, une pneumonie; à 36 ans, une attaque bacillaire du sommet gauche.

L'examen des crachats pratiqué à cette époque a montré l'existence de B. K.

Un séjour de six mois d'abord en Grèce et ensuite à Arcole le guérit complètement.

Le malade ne se rappele pas avoir eu la syphilis.

Au mois de mai 1910, il éprouve une gêne dans le pharynx, et, à l'examen, on trouve une gomme du pharynx. Le B.-W. étant positif, on lui fait une quinzaine d'injections de bi-iodure de mercure et trois frictions mercurielles.

Les troubles naso-pharyngés disparaissent, et le malade ne fait plus aucun traitement spécifique.

A Paris, en 1910, on pratique un nouveau B.-W. qui est positif. Le malade persiste à ne pas suivre de traitement spécifique.

Pendant son séjour à Paris, il présentait de la dyspnée d'effort, de l'oppression la nuit et de la bouffissure de la face.

L'examen des urines et l'auscultation du poumon ne révélaient rien, mais le deuxième bruit aortique était accentué, et la tension artérielle est de 22 au Potain.

Le traitement prescrit ne soulage pas le malade.

Vers le 15 mai 1910, étant dans son pays, il commence à tousser; son médecin lui déclare qu'il est repris de lésions bacillaires et conseille d'entrer dans un sanatorium.

La toux empire malgré tous les calmants.

Le 6 août 1910, nouvel examen des poumons; on ne note qu'une submatité à la base du poumon droit.

L'état général est bon, le malade présente un léger amaigrissement et de l'anorexie.

Un seul symptôme prédomine, c'est la toux qui est coquelucheïde, pénible pour le malade et son entourage, avec une expectoration insignifiante.

L'examen des crachats, fait à plusieurs reprises, est négatif.

Au bout de quinze jours, c'est-à-dire vers le 20 août 1910, l'état du malade a beaucoup empiré. La toux augmente, les quintes sont plus fréquentes et durent plus longtemps, l'expectoration est toujours rare, mais le malade vomit presque tous ses aliments.

Deux autres signes surviennent : la dyspnée et le cornage.

Le cornage est bruyant, continuel, avec exaspération pendant les accès.

La dyspnée et l'oppression sont telles que le malade marche courbé, avec de grandes précautions, car le moindre mouvement l'étouffe littéralement et provoque des quintes.

Malgré cela, il vaque à ses occupations et ne se plaint que de sa toux et de pertes de sang hémorroïdaires. Sans quoi, dit-il, il se sentirait fort.

Son médecin institue alors un traitement par injections de benzoate de mercure (0 g. 01 par jour), au bout de la huitième piqûre, l'état s'est sensiblement amélioré.

La dyspnée, la toux et même le cornage diminuent, mais on est obligé d'interrompre le traitement à cause de la stomatite.

Au bout de quatre ou cinq jours, le malade reprend les injec-

tions avec du benzoate de mercure, mais son état, qui s'est amélioré avec la première série, ne fait qu'empirer pendant la deuxième série et on doit s'arrêter à la seizième piqûre.

La dyspnée augmente au point que R... ne peut plus travailler.

Il se décide à entrer dans une maison de santé à Bucarest. Un nouveau B.-W. est positif. Les professeurs Buichu et Nanu Marcel, consultés, éloignent la syphilis à cause de l'inefficacité du traitement hydrargyrique et penchent vers le diagnostic d'une néoplasie pulmonaire avec adénopathie secondaire.

Un examen radiologique est fait :

Sur la plaque représentant les organes thoraciques de face, on distingue la présence de ganglions broncho-pulmonaires, augmentés de volume et plus opaques qu'à l'état normal. Les ganglions s'observent mieux à droite, car ceux du côté gauche sont en partie cachés par la projection du cœur.

Sur la plaque du thorax vu de dos, on constate pareillement le groupe de ganglions augmentés de volume.

On n'observe aucune lésion pulmonaire ni bronchique. Pas de dilatation de l'aorte.

Le malade fait une série de dix séances de rayons X, mais il se cachectise progressivement, perd l'appétit et les forces.

La toux a tellement empiré que les quintes durent quinze heures consécutivement, et nécessitent l'emploi d'injection d'héroïne pour être calmées.

L'expectoration augmente dans de notables proportions.

Les progrès de la maladie décident le malade à aller voir le Professeur Neuser, à Vienne, qui aurait hésité entre les diagnostics de néoplasme, dilatation des bronches, actinomycose ou sporotricose, mais élimine la syphilis et prescrit un traitement antispasmodique.

Toujours pas de B. K. dans les crachats.

Au mois de novembre, le malade consulte le Docteur Vaquez, à Paris, qui, après l'avoir examiné aux rayons X, fait le diagnostic de médiastinite chronique à point de départ interlobaire avec propagation ganglionnaire secondaire, de nature indéterminée,

mais probablement tuberculeuse ou d'une affection néoplasique du poumon.

L'existence d'une adénopathie sus-claviculaire gauche plaiderait plutôt pour le second diagnostic.

Le traitement prescrit est la radiothérapie.

Le 29 novembre 1910, le malade présente une légère dyspnée et un cornage, mais une toux avec deux caractères : toux coqueluchoïde sans expectoration et toux grasse avec expectoration abondante.

Le malade rendait par jour de 300 à 400 grammes de crachats purulents, d'odeur fade.

Il n'y a pas de vomique matinale, les crachats sont rendus dans la journée.

A l'auscultation : on constate des râles ronflants et sibilants généralisés, mais plus marqués à droite.

A la base droite, il existe de la submatité avec exagération des vibrations vocales, la respiration est diminuée.

L'état général est profondément touché. Il y a de la fièvre avec exaspération vespérale.

Le poids est de 63 kilos.

Il n'y a pas de troubles digestifs, ni le foie, ni la rate, ne sont augmentés de volume.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Pas d'Argyl-Robertson.

La radiographie du thorax montre qu'il y a une légère diminution de l'amplitude des mouvements du diaphragme, surtout du côté droit pendant l'inspiration.

On trouve dans le champ pulmonaire gauche une légère diminution de la clarté du sommet pulmonaire gauche et de l'adénopathie péribronchique gauche, avec quelques ombres ganglionnaires nettement arrondies.

A droite : l'aire pulmonaire éclaire, sauf dans la partie correspondante au hile et dans la partie inférieure du poumon droit.

Toute cette région est occupée par une ombre triangulaire à base correspondante au hile pulmonaire, et dont le sommet correspond à la périphérie et est située tout près du diaphragme.

Dans cette ombre, on note des taches plus foncées, mais pas nettement arrondies : on ne voit pas l'aspect des arborisations bronchiques, ni des stries irradiant en éventail.

Les contours de cette ombre sont vagues.

Lorsqu'on examine le malade de face, on constate les mêmes lésions.

Dans la position oblique postérieure gauche et oblique antérieure droite, on note que toute la partie moyenne de l'espace clair médian est occupée par une ombre opaque.

Seules, les extrémités supérieure et inférieure de cet espace sont claires.

Quelle que soit la position du malade, on ne peut trouver de séparation entre l'ombre du médiastin et celle du poumon.

Le diagnostic qui sembla le plus probable fut celui de lymphadénie aleucémique ou celui de cancer du poumon avec adénopathie médiastinale.

On prescrit des injections d'hectine et concurremment des séances de rayons X.

Le malade reprend des forces, de l'appétit; l'expectoration diminue un peu, mais la toux persiste, quoique moins violente.

Un nouvel examen du pharynx est fait et on découvre une gomme.

Aussitôt, une injection de 60ᶜ est faite, et, dès le troisième jour, l'amélioration commence; la toux et l'expectoration diminuent.

Le malade reprend des forces.

A l'auscultation du poumon, il semble que la respiration s'entende plus facilement à la base droite, mais les râles bronchiques persistent toujours.

Le B.-W. reste toujours positif.

Le 17 janvier, on fait une deuxième injection. L'amélioration persiste, le poids augmente.

La radiographie montre que l'ombre du poumon droit persiste, mais a diminué d'intensité.

Les mêmes accidents reparaissent après trois mois de guérison en apparence complète, mais cèdent de nouveau sous l'effet de

vingt-quatre injections d'hectine et d'une nouvelle injection de 606.

A partir de l'été de 1911, la santé de M. R... est parfaite.

Une radiographie faite en octobre 1911 montre au niveau du lobe inférieur du poumon des stries divergentes et des arborisations qui n'étaient pas visibles sur la première radiographie.

Pendant l'automne, on fit d'autres injections de novarsénobenzol, la dernière en novembre 1912.

Le B.-W. est devenu négatif après cette injection.

Le 4 janvier 1913, R... ne présente aucun symptôme morbide, il ne tousse pas, ne crache pas. Il pèse 85 kilos.

A l'examen radiographique les deux aires pulmonaires sont claires.

A gauche, on constate dans la région du hile quelques ombres ganglionnaires, nettement arrondies.

A droite, on note quelques arborisations partant du hile et pénétrant dans le lobe inférieur du poumon droit; ces stries correspondent à la limite interne de l'ombre triangulaire constatée au début de la maladie.

### Observation XVII.

(Lecaplain, Société médicale des hôpitaux de Paris, 16 juin 1922.)

Mme F..., 57 ans, tisseuse, entre le 29 février 1921 dans le service de clinique de l'Hôtel-Dieu de Rouen, pour point de côté droit, toux et oppression.

Le début de la maladie remonte au mois de novembre 1918, époque à laquelle la malade commença à sentir une douleur au-dessous du sein droit, douleur d'abord sourde, mais qui alla progressivement en augmentant d'acuité.

Cette douleur était accompagnée d'une oppression légère, d'une toux assez fréquente et d'une expectoration modérée, sans caractère spécial.

Ces phénomènes suivirent une marche assez irrégulière.

Pendant l'année 1920, en effet, il y eut une notable rémission des symptômes, ce qui fit que la malade ne se soigna pas et continua à se livrer à son travail habituel.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

L'appétit est diminué, les digestions lentes; il existe une légère constipation.

On note, en outre, une légère inégalité pupillaire; la pupille gauche étant un peu plus dilatée que la droite, sans signe d'Argyll-Robertson.

On note aussi deux cicatrices d'ulcères de coloration un peu cuivrée, à la face interne de la jambe droite.

Les réflexes sont normaux. Pouls : 70 à 80. Température : 37°5 à 38 degrés.

Pas de B. K. dans les crachats (on a fait 6 examens). B.-W. fortement positif (2 fois). Pas de signes de compression médiastinale.

Comme antécédents héréditaires et collatéraux, rien de particulier à signaler : Le père est mort de congestion (?) à 62 ans. La mère est décédée accidentellement à 52 ans. Un frère et une sœur bien portants. La mère a fait une fausse couche.

Quant à la malade, elle a été atteinte de rougeole et de croup dans l'enfance. Elle a eu deux enfants bien portants et trois qui sont morts, l'un à 20 jours, de diarrhée infantile; un autre à 16 mois, de méningite; le troisième, à l'âge de 3 ans, de bronchopneumonie. La malade n'a pas fait de fausses couches.

Le mari aurait eu des crises convulsives.

Dans ce cas, les signes stéthacoustiques, fonctionnels et généraux, à un examen superficiel, pouvaient en imposer pour une bacillose du poumon droit.

L'inégalité pupillaire, l'ulcère cicatrisé de la jambe droite et le B.-W. positif faisaient bien penser à une syphilis ancienne, mais étaient encore insuffisants pour affirmer le diagnostic de pneumopathie syphilitique.

L'examen radiologique devait nous permettre de nous prononcer définitivement.

Examen radioscopique (8 mars 1921).:

A droite : On trouve le sommet gris ne s'éclairant pas à la toux.

A la partie interne et inférieure de la plage droite, on voit une volumineuse masse sombre, opaque, assez homogène, polycyclique, s'étendant du cœur presque jusqu'à la paroi, sans arriver cependant immédiatement à son contact.

Au-dessous, à la partie tout à fait inférieure et externe, on constate un petit triangle clair.

Le diaphragme est presque immobile. Le sinus costo-diaphragmatique gris est presque complètement effacé.

A gauche : Le sommet est légèrement grisé, on trouve aussi une plage grisée.

Le diaphragme est normal, le sinus costo-diaphragmatique se déplisse incomplètement.

Examen radioscopique (10 avril 1921) : L'ombre polycyclique constatée précédemment est un peu moins opaque et légèrement diminuée de volume, tout en conservant sa forme.

On voit un espace clair entre elle et la partie thoracique.

Examen radioscopique (10 mai 1921) : La masse sombre a très notablement diminué d'opacité et d'étendue, la bande claire située entre elle et la paroi est plus large.

La zone périphérique est moins grisée et les contours sont plus nets.

Examen radioscopique (30 juin 1921) : La masse a considérablement diminué de volume et d'opacité, l'espace clair est beaucoup plus étendu; il ne reste plus qu'une sorte de moignon irrégulier, faisant suite au bord droit de l'oreillette et empiétant un peu sur la plage.

Le sommet droit est toujours grisé, mais s'éclaire mieux à la toux.

Le traitement institué avec prudence, car la malade présentait de l'albuminurie et une mauvaise dentition, qui détermina à plusieurs reprises de la stomatite, consistait en deux séries de cyanure de mercure de 11 et 13 piqûres, puis d'une cure de sirop de Gibert, de trois semaines.

Bien qu'un peu insuffisant peut-être, le B.-W. ne vira pas, il eut cependant des résultats remarquables, fonte progressive de la masse gommeuse, disparition presque totale des signes locaux, la température revient à la normale, augmentation de poids, qui passe de 42 à 48 kilos au moment de la sortie.

A cette époque, le 9 juillet, il ne persistait plus que des signes très atténués.

Au-dessous de la clavicule droite, submatité, respiration très rude et expiration prolongée.

Dans le quatrième espace intercostal, à deux travers de doigt en dehors du sternum et un peu au-dessus du mamelon droit, diminution légère de la sonorité. Au même niveau, on trouve une petite zone de la dimension d'une pièce de 5 francs, d'inspiration soufflante et d'expiration prolongée.

En arrière, pas de matité, mais submatité de la partie moyenne et de la base, avec légère résistance au doigt, sans souffle ni modification de la voix.

Il existe encore à ce niveau une légère augmentation des vibrations vocales et des frottements assez abondants, avec respiration un peu obscure.

### Observation XVIII.

(Lecaplain, Société médicale des hôpitaux de Paris, 6 juin 1922.)

*Syphilome pulmonaire scléro-gommeux avec adénopathie médiastinale et aortite.*

Le malade G..., âgé de 51 ans, menuisier, entre dans le service de clinique de l'Hôtel-Dieu de Rouen le 24 octobre 1921, se plaignant de toux et d'oppression.

Les phénomènes morbides ont débuté d'une manière insidieuse. Ce n'est que depuis une quinzaine de jours que la dyspnée ayant augmenté, il s'est vu dans l'obligation d'abandonner son travail.

Aucun antécédent morbide, sauf une congestion pulmonaire en 1913 et une grippe avec bronchite en 1918. C'est depuis cette époque qu'il tousse.

Son père est décédé de cancer de l'estomac à 50 ans. Sa mère est âgée de 78 ans, vivante. Sa femme est décédée de grippe en 1918. Un enfant mort-né. Pas de fausses-couches.

Lorsque le malade entre à l'hôpital, on constate une voix voilée, un peu rauque et une dyspnée de 30 respirations à la minute, la dyspnée est continue et présente des accès d'exacerbation nocturne.

Il se plaint en outre d'une douleur modérée, assez diffuse au niveau de la base droite.

A l'examen, on note :

A droite, en avant, au niveau du tiers supérieur du poumon, de la submatité, légère augmentation des vibrations vocales et respiration bronchique.

Exactement au niveau du mamelon, on trouve un souffle presque tubaire localisé sur une étendue d'une petite paume de main, avec légère bronchophonie et pectoriloquie aphone dans la même région. Il y a aussi du gargouillement après la toux.

A droite, en arrière : On trouve de la matité avec des râles sous-crépitants fins à la base. Vers la pointe de l'omoplate, il y a un foyer de sous-crépitants moyens.

A gauche : Respiration légèrement rude en avant et quelques sous-crépitants fins à la base.

L'expectoration est muco-purulente, abondante, remplissant un demi-crachoir avec quelques taches rouillées.

La toux est quinteuse, avec accès paroxystiques; le malade tousse davantage lorsqu'il est couché sur le côté droit.

Appareil circulatoire : Bruits du cœur très assourdis. Au niveau du foyer aortique, le premier bruit est très prolongé et râpeux. Le second bruit est clangoreux.

Au niveau du foyer pulmonaire, le second bruit est claqué.

Les artères radiales sont très athéromateuses. Léger soulèvement des sous-clavières.

On sent les battements de l'aorte dans le creux sous-sternal.

La tension artérielle : à droite, Mx, 21; Mn, 15; à gauche, Mx, 20; Mn, 15.

Pas de signes marqués de compression médiastinale en dehors de la raucité de la voix, de la dyspnée et d'un léger lacis veineux préthoracique.

Appareil digestif : Légère leucoplasie buccale. Digestions lentes avec légères douleurs à la pression au niveau du point pylorique.

Selles normales.

Foie débordant et rate perceptible.

Système nerveux : Réflexes achilléens et rotuliens normaux. Légère inégalité pupillaire. Pas d'Argyll-Robertson.

Squelette : Léger rachitisme thoracique. Au niveau du tiers inférieur de la jambe droite, large cicatrice cuivrée avec une petite croutelle brunâtre. Petite cicatrice cuivrée de la jambe gauche.

Etat général assez bon; bonne musculature.

Poids : 62 kilos à l'entrée; 67 kilos à la sortie.

Pouls : 70. Température : 37 à 37°6 dans les premiers jours.

Examen laryngoscopique : Très légère diminution dans les mouvements de la corde gauche, mais on ne peut faire le diagnostic de paralysie.

La partie antérieure de la corde vocale gauche paraît un peu moins souple.

Examen de laboratoires :

Pas de B. K. dans les crachats (6 examens, épreuve de l'iodure).

B. W. positif avant traitement; négatif après le traitement.

Traitement :

Novarsénobenzol : 6 injections de, respectivement, 0 g. 15 — 0 g. 30 — 0 g. 45 — 0 g. 60 et 0 g. 75.

Cyanure de mercure, 28 injections intraveineuses.

L'iodure donné à la fin a déterminé une poussée bronchitique assez accentuée, mais n'a pas provoqué d'élimination de B. K

Examen radioscopique (28 oct. 1921) : Apex droit grisé, s'éclairant médiocrement à la toux.

Au-dessous de la clavicule, aspect grisé avec marbrures; vers la partie moyenne, large bande sombre s'étendant horizontalement du cœur à la paroi thoracique, sur une hauteur de quatre travers de doigt, assez nettement limitée en haut et en bas, plus sombre à sa partie interne, où elle présente trois nodules sombres.

A sa partie externe, l'ombre va en décroissant d'intensité.

Diaphragme droit : Peu mobile, sinus costo-diaphragmatique effacé.

A gauche : Sommet clair; grosses masses ganglionnaires poly-

cycliques. Plage claire avec ramifications bronchiques, nombreuses et accentuées.

La mobilité du diaphragme est un peu diminuée, le sinus costo-diaphragmatique est normal.

Médiastin en position directe très élargi.

Ganglions hilaires très volumineux, formant de grosses masses polycycliques d'opacité assez homogène des deux côtés.

En oblique : Le médiastin est très sombre dans sa partie moyenne, surtout au niveau de l'origine des gros vaisseaux; il est grisé en haut et en bas.

L'aorte est notablement débordante.

Le cœur est légèrement augmenté de volume, avec adhérence phréno-péricardique à la pointe.

Examen radioscopique (4 nov. 1921) : Sommet droit grisé, s'éclairant faiblement à la toux.

Vers la partie moyenne et s'étendant à deux travers de doigt au-dessus et au-dessous du mamelon, on voit une bande transversale assez nettement limitée en haut et en bas, non homogène et présentant trois nodules plus opaques vers la partie interne, à peu de distance du bord droit du cœur.

Diaphragme droit peu mobile.

Le sinus costo-diaphragmatique est effacé.

Le médiastin est très élargi transversalement et présente des contours polycycliques.

L'aorte est assez débordante et un peu dilatée.

Le cœur légèrement augmenté de volume avec adhérence phréno-péricardique à la pointe.

En oblique, le médiastin est complètement obscur dans toute sa partie moyenne, de l'origine des gros vaisseaux à la base de l'oreillette, et très grisé à sa partie inférieure.

Examen radioscopique (10 nov. 1921) : Sommet droit légèrement grisé, s'éclairant faiblement à la toux.

Au-dessous de la clavicule, plage légèrement grisée, un peu tachetée.

Dans la région moyenne, on constate encore la zone sombre signalée précédemment, cependant cette zone a diminué d'opacité.

Examen radiologique (2 déc. 1921) : Apex droit légèrement grisé, mais semblant mieux s'éclairer à la toux.

Zone sous-claviculaire légèrement grisée, s'éclairant bien à la toux.

Dans la partie moyenne, la bande transversale sombre existe encore avec un aspect légèrement pommelé à sa partie interne. Cependant sa partie externe s'est éclaircie.

Le médiastin est complètement obscur dans sa partie moyenne.

Examen radiologique (9 déc. 1921) : Disparition presque complète de la bande sombre qui n'est plus que grisée. Il subsiste encore une petite zone sombre polycyclique, où l'on voit encore deux nodules plus foncés, vers le bord droit du cœur, un peu en dehors de l'oreillette.

Examen radiologique (16 déc. 1921) : La zone sombre a disparu à peu près complètement; on ne voit plus que deux nodules assez foncés en dehors de l'oreillette droite avec quelques petits tractus mobiles, lors des efforts de la toux.

En position directe, le médiastin reste toujours élargi; en oblique, il est sombre dans sa partie moyenne, vers le hile du cœur.

L'aorte est débordante.

En résumé, la malade présentait cliniquement et radiologiquement des symptômes de syphilome pulmonaire scléro-gommeux avec adénopathie médiastinale et aortite.

Le traitement mercuriel et arsenical eut une efficacité remarquable : disparition des signes fonctionnels, diminution progressive du syphilome contrôlé par la radioscopie et la radiographie, augmentation du poids et relèvement de l'état général.

Le B.-W. est devenu négatif.

Le malade sort le 24 décembre 1921 et peut reprendre son travail.

### Observation XIX.

(Merklen, Wolf, Sichel, *Presse médicale*, 5 oct. 1932.)

X..., 62 ans, boucher, avait toujours été bien portant, lorsqu'il présenta, à la fin d'octobre 1931, un point de côté violent, au

niveau du sein droit, suivi peu après d'une élévation de la température, avec quelques crachats muco-purulents.

Grand fumeur, il niait tout éthylisme et tout antécédent vénérien.

Sa femme était saine, de même que ses enfants et petits-enfants.

Il avait, au surplus, travaillé sans encombre et supporté les fatigues et les privations de la guerre, sans dommage apparent pour sa santé.

A l'examen, le 21 novembre 1931, nous sommes en présence d'un sujet fort en couleurs, toussant, très gêné dans sa respiration par la douleur persistante de l'hémithorax droit.

Les yeux sont un peu injectés. La langue est sèche et brillante sur les bords.

L'examen des poumons montre une matité de la base droite remontant assez haut et atteignant en avant la zone mamelonnaire.

Des vibrations vocales sont bien perçues dans les mêmes limites.

Il existe un souffle tubaire à la base, en arrière et dans le creux axillaire.

On trouve aussi beaucoup de frottements superficiels surajoutés, surtout près du mamelon.

La fièvre oscille entre 37 et 38 degrés.

Le traitement habituel des infections aiguës du poumon avec, en même temps, des piqûres de quinine uréthane, ne modifia pas grandement les choses.

La fièvre et le pouls se maintinrent jusqu'au 13 décembre avec atteinte identique de l'état général.

Par contre, le point de côté diminua de violence, pour finalement se dissiper.

Les 14 et 15 décembre, la température baisse à 38°8 et 37°3; le pouls à 80, avec une amorce de diurèse à 1.500 et à 1.300 grammes.

Mais, dès le 16 décembre, nouvelle poussée fébrile, au cours de laquelle la fièvre oscilla aux environs de 38 degrés, jusqu'au 28 décembre, avec pouls vers 90.

Les urines diminuent de volume.

L'examen des poumons révèle les mêmes signes à ce moment

et une recrudescence de la toux et des crachats devenus brun rougeâtre.

L'examen de ces crachats montre la flore banale habituelle, avec surtout des streptocoques et pneumocoques.

On lui fit des lavements créosotés matin et soir.

De plus, un fait important est à signaler : c'est la réapparition de la douleur du côté droit de moindre intensité, il est vrai, mais qui, tout de même, aura, aux yeux du malade, le caractère de symptôme émergeant.

Néanmoins, durant la deuxième quinzaine de décembre, la matité et le souffle diminuèrent nettement d'intensité, sans toutefois donner l'impression d'aller à la résolution définitive, car les phénomènes généraux persistaient, à telle enseigne que, le 30, la fièvre monta à 39°2 et le pouls à 104.

Un examen radiologique s'imposait dans ces conditions.

Le 24 décembre, l'examen radiologique révéla dans les lobes moyens et inférieurs du poumon droit trois ombres allongées et à contours nets.

L'une siégeait près du hile; la deuxième longeait la paroi externe; la troisième coiffait l'hémidiaphragme droit sans s'en différencier.

En outre, on trouvait deux traînées interscissurales à hauteur du hile, de larges adhérences dans le sinus-costo-diaphragmatique droit et des adhérences entre la plèvre et le péricarde du même côté.

Rien d'anormal au poumon opposé ni aux autres organes thoraciques.

L'interprétation était délicate. Les uns pensent à une suppuration pulmonaire, mais l'hématologie n'est pas en faveur de cette hypothèse.

Les autres, une syphilis éventuelle, malgré l'absence de tous anamnestiques et de tous signes actuels.

Le B.-W. se montra positif. On pensa alors à des gommes syphilitiques du poumon, mais en formulant des réserves.

Le traitement d'abord ioduré (20 g. dans 1 litre d'eau d'Evian

à avaler dans vingt-quatre heures, malade au régime lacté pur). Ce traitement fut fait deux fois : les 3 et 5 janvier. Il n'amena pas de changement dans les signes locaux et radiologiques.

L'état général ne variant pas non plus, toutefois la fièvre disparut à partir du 14 janvier; elle avait, d'ailleurs, coïncidé avec des suppurations aseptiques au niveau des piqûres de quinine uréthane guéries après incision.

Le 22 janvier, reprise du traitement par une cure arsenico-mercurielle. On fait du novarsénobenzol tous les deux jours; les jours intermédiaires, du mercure sous forme de suppositoires à 0 g. 04.

Le changement fut rapide. La respiration devenait plus libre, la toux et les crachats diminuèrent beaucoup. Les signes locaux disparurent comme au décours d'une pneumonie; au bout de quinze jours, on ne trouva ni matité ni souffle.

La troisième radiographie, faite le 11 février, montre que les masses ont diminué de volume.

Enfin, une dernière radiographie, le 24 mars, n'en laisse plus voir trace.

Quant à l'état général, le malade gagne 3 kilos les quinze premiers jours du traitement.

A la fin de février, on avait nettement l'impression d'une guérison complète.

## CHAPITRE V

## ETIOLOGIE

La gomme syphilitique du poumon est une complication des syphilis mal traitées ou, mieux encore, comme le fait remarquer Fournier, d'une syphilis inconnue.

Les accidents pulmonaires apparaissent en moyenne de quatorze à trente-cinq ans après le chancre.

L'affinité dermotrope de la syphilis ne nous semble pas avoir d'influence sur la détermination ultérieure d'accidents viscéraux. En effet, dans deux observations nous avons noté l'existence d'une roséole et de plaques muqueuses (obs. I et XII).

## CHAPITRE VI

## ETUDE CLINIQUE

Les observations de syphilis pulmonaire à forme gommulaire circonscrite que nous avons pu recueillir nous permettent d'entrevoir deux formes cliniques.

Nous allons essayer de les isoler.

### A. — *Il semble exister une forme à début brusque et parfois à allure de pneumopathie aiguë.*

L'affection se manifeste cliniquement d'une façon brutale. C'est en général tantôt un point de côté violent avec fièvre et expectoration muco-purulente (obs. XIX), tantôt par des frissons, une douleur dans le côté gauche, de la toux; ce début survient chez un homme qui qualifie ces troubles de « mauvais froid » (obs. III).

Dans l'observation XIV, le malade entre à l'hôpital parce qu'il a ressenti dix jours avant un violent point de côté dans l'aisselle droite, avec frissons et fièvre, suivi le lendemain d'une expectoration sanguinolente.

Jacob cite le cas d'une malade où le début apparent des troubles consistait en une forte hémoptysie (obs. IX).

Nous avons rapporté l'observation d'une malade, où les troubles avaient commencé sous la forme d'un pyopneumothorax, suivie quelques jours plus tard d'une vomique (obs. II).

L'examen clinique pratiqué plus tard montre les signes suivants :

Point de côté sous forme de douleur persistante de l'hémithorax, qui provoque une gêne respiratoire très marquée, toux avec expectoration muco-purulente ou sanguinolente (obs. III).

La fièvre oscille entre 38 et 39 degrés.

Les signes physiques sont divers. Dans un cas (obs. XIX), matité de la base droite du poumon, remontant assez haut en arrière et en avant jusqu'à la zone mamelonnaire. Les vibrations vocales sont bien perçues dans les mêmes limites; on trouve un souffle tubaire en arrière et dans le creux axillaire, avec aussi beaucoup de frottements superficiels, surtout près du mamelon droit.

Le malade de l'observation III présentait des râles muqueux dans l'étendue des deux poumons avec intensité respiratoire diminuée à la base gauche, ainsi que dans la région axillaire du même côté, avec en même temps de fines crépitations; on avait l'impression d'une condensation du parenchyme pulmonaire.

Dans l'observation XIV, les signes physiques sont ceux d'une plaque de cortico-pleurite de la région scissurale droite.

Enfin, dans l'observation IX, ils consistaient en une submatité de la base droite en arrière, de la diminution du murmure vésiculaire et de gros râles humides.

L'examen de la malade de l'observation II montrait les signes physiques suivants, qui étaient tous localisés à l'hémithorax gauche en avant :

Une tuméfaction sous-claviculaire, qui grossissait et durcissait pendant les efforts de toux et dans l'expiration forcée, se réduisant en partie dans les mouvements d'inspiration.

La palpation montrait que cette tumeur était dépressible et réductible, et que la réduction s'accompagnait d'une sen-

sation tactile de crépitation gazeuse. Les vibrations vocales étaient diminuées dans le tiers supérieur, et normales dans les deux tiers inférieurs.

On ne notait aucun point douloureux osseux, ni de modification du relief costal.

La percussion ne mettait en évidence aucun signe de caverne pulmonaire.

L'auscultation montrait l'absence de murmure vésiculaire et l'existence d'un souffle amphorique au niveau de la tumeur. De plus, dans l'expiration forcée, on percevait une sorte de bruit de clapet. Autour de la tumeur on entendait une sorte de respiration vicariante.

L'évolution va être longue; deux mois dans le cas de l'observation XIX, avec alternatives d'amélioration et d'aggravation. La température est variable, recrudescences irrégulières (obs. XIX), rémittence (obs. III).

Les traitements prescrits n'eurent pas d'effet jusqu'à ce que le diagnostic fût établi au moyen de la radiographie et de la sérologie.

Seul le traitement antisyphilitique procura au malade une sédation des symptômes fonctionnels, puis une disparition complète des signes physiques, en même temps qu'un nettoyage radiologique à peu près complet. Il est en effet fréquent de noter quelques ombres qui persistent sous forme d'une légère opacité ou de l'accentuation des images de l'amas ganglionnaire réalisant un aspect stellaire.

Cette forme clinique de syphilis gommulaire nous paraît assez rare. Sur 20 observations que nous avons pu recueillir, nous ne l'avons trouvée que 5 fois.

Il semble qu'elle n'a rien de caractéristique. Dans les cas III et XIX, elle a un certain nombre de caractères communs avec la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë, dont elle se différencie par les antécédents de syphilis, l'absence de bacilles

de Koch dans les crachats (avec les quelques réserves que nous mentionnerons ultérieurement), les réactions de Bordet-Wassermann positives, et surtout l'aspect de l'image radiologique et l'efficacité du traitement antisyphilitique sous le contrôle de la radiographie.

B. — *Forme chronique : c'est la forme la plus habituelle.*

**Début.**

Il est insidieux et progressif. Lorsque le malade vient consulter, il y a quelques semaines ou quelques mois qu'il a ressenti les premières manifestations d'une pneumopathie, mais ces manifestations sont variables dans leur gravité.

Dans un début d'allure bénigne, les signes se réduisent à ceux d'une bronchite avec expectoration muqueuse ou mucopurulente, mais d'une bronchite qui persiste et tend plutôt à s'aggraver qu'à rétrocéder sous l'influence du traitement (obs. VI, VII, VIII, XII).

Dans d'autres cas, un certain nombre de symptômes plus alarmants se produisent : la toux est incessante; il y a des douleurs thoraciques, un point de côté (obs. XVII); le malade éprouve une sensation de gêne respiratoire, ou même une véritable dyspnée permanente, comme dans l'observation XVI, qui oblige au repos complet.

Enfin l'état général est atteint; il y a de l'amaigrissement, de l'asthénie, de l'anorexie (obs. I et V). Il peut y avoir une fièvre légère à 38 degrés, mais persistante.

Pour terminer, signalons qu'une malade a été amenée à se faire examiner pour une manifestation cutanée tertiaire de la syphilis (obs. XIII).

**Période d'état.**

On retrouve le polymorphisme du début. Chaque cas est un groupement original de quelques symptômes. Ce sont les

caprices de ce groupement de symptômes et non la grande variété de ceux-ci qui créent le polymorphisme des manifestations cliniques de la syphilis gommeuse du poumon.

La toux est un des premiers symptômes accusés par la plupart des malades. Souvent elle prend une réelle gravité; elle est alors quinteuse, incoercible, durant pendant des mois et ne cédant pas à la thérapeutique habituelle. Elle tourmente le malade la nuit; elle peut être émétisante (obs. XVII).

Dans la majorité des cas, cependant, la toux ne revêt pas ce caractère pénible et grave : elle évoque un catarrhe chronique sans plus.

L'expectoration existe presque toujours, quoique dans un cas le malade ne crachât presque pas (obs. XII).

Cette expectoration est le plus souvent muco-purulente, parfois simplement muqueuse ou grisâtre. Parfois aussi elle évoque l'expectoration de la dilatation des bronches. Le malade rejetait 300 à 400 $cm^3$ de crachats purulents, d'odeur fade, dans la journée (obs. XVI). Il a été démontré par des examens radiographiques chez ce malade l'absence de bronchectasies. Le traitement antispécifique a permis d'obtenir la guérison complète dans ce cas.

Enfin elle peut être fétide par intermittences (obs. VI) ou même hémoptoïque, comme dans l'observation I, où cette expectoration a cessé après le traitement antisyphilitique.

Lancereaux a signalé la présence de petites masses de tissu pulmonaire nécrosé qu'il considérait comme caractéristique. Il n'en est pas fait mention dans nos observations, de même que la recherche de l'albumine dans les crachats, qui serait négative pour Roger Lévi-Valensi.

La recherche du B. K. dans les crachats a toujours été négative.

Dans deux observations (obs. I et II), l'examen bactériologique a montré : dans le premier cas, une flore microbienne relativement peu riche et plutôt monomorphe; des cocci type *catarrhalis*, quelques bâtonnets Gram + et quelques diplo-

coques Gram +, Dans le deuxième cas, on voit des germes peu nombreux (cocci Gram +), quelques chaînettes, pas de spirilles, pas de bâtonnets du type des germes anaérobies.

La dyspnée est fréquemment signalée. Elle ne semble pas être proportionnelle à l'étendue des lésions. Elle peut être marquée. C'est alors une dyspnée continue qui s'accentue dans les quintes de toux, à l'effort ou la nuit. On l'a même vue accompagnée de cornage (obs. XVI).

Le plus souvent, nous avons rencontré une dyspnée modérée, et le contraste entre l'importance des signes cliniques ou radiologiques et le peu d'intensité de la dyspnée nous paraît un des éléments dignes d'être retenus.

Les signes généraux sont parfois nuls (obs. I). Dans deux cas, nous avons constaté un état général relativement bien conservé malgré le caractère des signes physiques (obs. II et XVIII). Dans ces deux cas on pouvait noter l'opposition qu'il y avait entre l'importance des lésions pulmonaires et la conservation d'un bon état général.

Cette discordance dans ces deux observations nous paraît une des dominantes du tableau général de la syphilis pulmonaire.

La malade de l'observation XVIII n'a jamais présenté de fièvre et semble bien correspondre à l'aphorisme de Bazin : *Le syphilitique pulmonaire est un caverneux bien portant*, mais, dans les observations que nous publions, trois malades seulement n'avaient pas présenté d'amaigrissement (obs. XVIII, I et II).

Dans deux autres, l'amaigrissement était de l'ordre de 7 kilos (obs. VIII) et de 5 kilos (obs. XVII).

Ces malades ont toujours repris du poids sous l'influence du seul traitement antisyphilitique.

La température est ordinairement peu élevée, oscillant entre 38 et 38°5, sauf dans un cas où elle atteint 39 degrés

(obs. VI), mais il y avait une suppuration broncho-pulmonaire surajoutée. Il semble qu'il faille tenir l'infection secondaire comme responsable de l'hyperthermie. Dans deux cas, l'évolution est apyrétique (obs. IV et V), enfin, dans un certain nombre d'observations, elle ne semble pas avoir été prise.

En somme, dans la règle, la fièvre est peu élevée, et, quand elle existe, elle ne suffit pas à éliminer la syphilis du poumon. Il en est d'ailleurs de même dans nombre de pneumopathies fébriles, telles que les néoplasmes fébriles du poumon.

Les douleurs thoraciques sont assez nettes dans trois cas (obs. I, XVI, XVII) pour être assez longuement notées dans l'observation.

Ces douleurs disparaissent à la suite du traitement antisyphilitique. L'explication de cette algie est assez obscure. Dans certains cas, un processus connexe de cortico-pleurite sèche peut être logiquement invoqué.

Les signes physiques offrent une grande diversité, allant depuis le silence séméiologique jusqu'aux syndromes les plus complexes et les plus intriqués.

Dans 5 cas (obs. III. IV, VIII, XI, XIII), il n'existait que des signes de bronchite diffuse. Dans ces cas, l'examen clinique ne donnait aucune idée de l'importance des lésions pulmonaires. L'attention fut attirée sur l'origine probablement syphilitique par l'examen radiologique.

Dans 6 cas, les signes physiques semblaient assez bien groupés pour donner l'impression d'un foyer de condensation pulmonaire.

Dans l'observation VII, il nous semble qu'il s'agissait d'un foyer de condensation pulmonaire avec lésions de broncho-alvéolite à type induré. On trouvait à la base gauche un foyer soufflant avec de nombreux râles sous-crépitants. La

radiographie montra une grosse image arrondie occupant toute la partie moyenne et antérieure du lobe inférieur gauche.

On se trouve en présence d'un syndrome de condensation pulmonaire bien net avec lésions de broncho-alvéolite à type infiltré dans la région sous-claviculaire droite, dans l'observation XII. En effet, l'examen montrait une diminution de la sonorité, des vibrations vocales plus fortes qu'à gauche, une respiration un peu soufflante. En arrière, au même niveau, on retrouvait ces signes, avec, en plus, des crépitations fines s'entendant après la toux au niveau de la fosse sus-épineuse droite.

Dans l'observation XVI, les signes physiques consistaient en une submatité de la base du poumon droit avec vibrations vocales exagérées et respiration diminuée d'intensité, avec, en plus, des signes de bronchite généralisée.

La radiographie montra une ombre triangulaire à base hilaire siégeant dans le tiers inférieur du poumon droit.

Le malade de l'observation XVII présente des signes physiques bien complexes.

En effet, en avant et à droite, les vibrations vocales sont augmentées. La respiration est bronchique et saccadée, avec une expiration prolongée et soufflante, avec des râles sous-crépitants et des frottements.

Au niveau du 4e espace intercostal, il existe une petite zone limitée, de la dimension d'une petite paume de main, où l'inspiration est soufflante et l'expiration prolongée.

En arrière du même côté, on trouve les vibrations vocales augmentées dans les deux tiers inférieurs, une submatité de la base et un petit foyer de râles sous-crépitants.

La radioscopie fit voir une bande sombre étendue transversalement dans le tiers inférieur du poumon droit et allant du cœur jusqu'à la paroi.

Dans l'observation XVIII, on trouve une petite zone localisée au niveau du mamelon droit, sur une étendue d'une petite paume de main, avec un souffle tubaire, de la bronchophonie, de la pectoriloquie aphone et du gargouillement après la toux. Au-dessus de cette zone de signes pseudo-cavitaires, les vibrations vocales sont augmentées, il y a de la submatité.

En arrière, du même côté, on trouve de la matité avec des râles sous-crépitants fins à la base; vers la pointe de l'omoplate, on a un foyer de râles sous-crépitants moyens.

Enfin, à gauche, la respiration est légèrement rude; en avant, il y a quelques râles sous-crépitants fins à la base.

La radiographie montra une bande sombre étendue horizontalement, coupant l'hémithorax transversalement vers sa partie moyenne.

Dans l'observation I, on a un petit foyer de condensation pulmonaire avec induration, sur étendue grande comme une petite paume de main, au niveau de la base pulmonaire droite, avec exagération de vibrations vocales, renforcement de la respiration et petits râles fins éclatant après la toux.

Le malade de l'observation VI ne présentait aucun signe stéthoscopique, malgré une expectoration purulente et la présence d'une image arrondie dans la région haute du champ pulmonaire droit.

Ces foyers siégeaient :

A la base gauche dans un cas (obs. VII).

A la base droite dans trois cas (obs. XVI, XXII, I).

Dans un cas, le foyer siégeait au niveau du mamelon. Ce foyer était bien localisé sur une étendue grande comme une petite paume de main (obs. XVIII).

Au sommet droit, dans l'observation XII.

Dans deux observations, des signes de cortico-pleurite étaient localisés à la partie moyenne du poumon. Ils étaient

le témoin, dans un cas, d'une caverne hilaire gauche (obs. X); dans l'autre, d'une gomme scissurale (obs. XIV).

Chaque fois qu'elle a été faite, la réaction de Bordet-Wassermann a été trouvée positive, sauf dans les observations VI, IX, dans lesquelles, malgré la négativité des réactions sérologiques, le diagnostic de syphilis pulmonaire put être porté dans un cas en se basant sur les stigmates d'hérédo-syphilis chez la fille du malade (obs. IX).

Dans l'autre cas, c'est la constatation d'un signe d'Argyll-Robertson et de troubles psychiques particuliers qui firent penser à la syphilis (obs. VI).

s'étendant horizontalement du cœur à la paroi thoracique sur une hauteur de quatre travers de doigt, assez nettement limitée en haut et en bas. Elle siégeait à la partie moyenne du poumon droit.

En même temps que ces images, on observe assez souvent une accentuation des arborescences bronchiques (obs. IV, V, VI), avec épaississement des parois des bronches dues à la sclérose concomitante par bronchite syphilitique tertiaire.

Mais il nous faut mentionner les réserves faites par M. le Professeur Sergent et ses élèves sur les images radiologiques en général : « Une image radiologique n'a qu'une signification morphologique et topographique, elle n'a jamais une signification de nature. »

Toutefois, il nous semble que si la gomme, par son aspect, n'est pas caractéristique de la syphilis pulmonaire, sa disparition plus ou moins complète par le traitement spécifique est un élément capital du diagnostic.

## CHAPITRE VIII

## EVOLUTION ET PRONOSTIC

Les observations que nous rapportons montrent uniquement des formes diagnostiquées et traitées énergiquement.

La rétrocession des symptômes fonctionnels est rapide. La toux, l'expectoration, cessent : la dyspnée fait place à une respiration libre; la fièvre disparaît.

Dans tous les cas où il a été atteint, l'état général se relève rapidement, et l'on voit le malade reprendre de l'appétit, engraisser de plusieurs kilos. Dans un cas, 20 kilos (obs. VIII).

En même temps, les images radiologiques rétrocèdent, mais cette rétrocession semble être plus tardive que les signes fonctionnels et généraux (obs. V, VII, VIII, XIII, XVI). Dans un cas (obs. VIII), la disparition des troubles fonctionnels et généraux a précédé de quelques mois les modifications des signes radiologiques. Ces images radiologiques disparaissent parfois complètement sans laisser de traces (obs. VII, XI, XIII, XIV). D'autres fois, elles laissent à leur place un léger flou des arborescences bronchiques (obs. I, II, V).

Dans un cas, l'image : une ombre triangulaire de la base du poumon, sous l'effet du traitement, a disparu et a laissé voir à sa place des stries divergentes et des arborisations qui n'étaient pas visibles sur la radiographie faite avant le traitement (obs. XVI).

Dans les observations VIII, XV, XVI, XVII, on n'obtient qu'une diminution de l'opacité de l'ombre, qui persiste malgré l'amélioration au point de vue fonctionnel, signes physiques et état général.

Les formes non traitées aboutissent sans doute le plus souvent à une organisation définitive des lésions dans le type des scléroses.

Les deux observations VI et VII sont intéressantes au point de vue de l'évolution des suppurations broncho-pulmonaires surajoutées.

Dans un cas, le traitement antisyphilitique fait rétrocéder les gommes, mais laisse évoluer une suppuration pulmonaire qui donna une caverne et aboutit à la mort par infection secondaire.

Dans le deuxième cas, malgré les signes de suppuration pulmonaire, non seulement les images des gommes disparurent au cours du traitement spécifique, mais encore la suppuration pulmonaire se montra sensible au traitement et guérit avec les gommes.

Enfin, dans l'observation II, le pyopneumothorax disparut complètement, ne laissant qu'un léger flou à la radiographie.

## CHAPITRE IX

## DIAGNOSTIC

Pour faire le diagnostic de syphilis pulmonaire à forme gommulaire circonscrite, on n'a aucun signe ayant isolément une valeur pathognomonique.

Le diagnostic se fait par la confrontation d'un grand nombre d'indices et par l'atypie de leur groupement.

On procédera par étapes :

A. — ***D'abord s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une affection tuberculeuse (tant les formes aiguës que suraiguës ou chroniques).***

La recherche du bacille de Koch dans l'expectoration est le point capital qui doit attirer l'attention; c'est le point de départ, car tous les autres symptômes de la syphilis pulmonaire peuvent être simulés par la tuberculose.

On procédera à cette recherche par l'examen direct simple, puis par homogénéisation; enfin on pratiquera l'inoculation au cobaye, qui est de toute importance. L'examen sera répété plusieurs fois avant de se prononcer sur l'absence de bacilles de Koch.

Nous ne faisons que signaler l'ensemencement sur milieux spéciaux (Loweinstein, Petrayenni, Petroff, etc.), qui auraient donné d'heureux résultats entre les mains de certains auteurs, mais que nous ne pouvons exiger, ce moyen n'étant pas encore entré dans la pratique courante hospitalière.

Si toutes ces recherches demeurent négatives, on ne peut pas éliminer complètement la tuberculose, car il ne faut pas

s'attendre à retrouver le bacille dans certaines formes de cortico-pleurite, les granulies ou même la tuberculose aiguë.

L'absence du bacille de Koch est une condition indispensable du diagnostic de syphilis pulmonaire pure, mais rien de plus.

### B. — *Démontrer que le malade est syphilitique.*

C'est le second temps du diagnostic. La syphilis peut être établie par l'aveu du malade ou par l'examen général. L'inspection des téguments et des muqueuses peut suffire à donner des arguments décisifs : gommes cutanées en évolution, cicatrices caractéristiques, syphilides pigmentaires du cou, leucoplasie. D'autres fois, c'est une abolition des réflexes rotuliens ou achilléens, un signe d'Argyll-Robertson, une névrite radiculaire ou même une simple inégalité pupillaire.

Dans d'autres cas, on sera mis sur la voie par l'existence d'une aortite ou d'une médiastinite, un gros foie cirrhotique, scléro-gommeux, une grosse rate, une céphalée nocturne rebelle, des arthropathies.

Enfin, les réactions sérologiques, en ne prenant en compte que les résultats positifs.

Les malades des observations VI et IX avaient des réactions de Bordet-Wassermann négatives.

### C. — *La radiologie.*

Nous pensons que l'examen radiologique est, avec le traitement d'épreuve, le meilleur moyen d'arriver au diagnostic.

L'image obronde de Sergent, enchâssée dans un parenchyme pulmonaire clair, a une précieuse valeur diagnostique : « Chez un sujet syphilitique avéré, une image arrondie en plein parenchyme pulmonaire doit évoquer, en dehors de toute autre circonstance étiologique particulière, la possibilité d'une gomme et imposer le traitement d'épreuve. » Nous irons plus loin et nous dirons que, même en l'absence de tout anamnestique, de tout test de syphilis, une image obronde caractéristique impose la même conduite.

Sergent, Imbert et Piot citent l'observation d'un homme de 49 ans chez lequel un syndrome médiastinal et pulmonaire avait fait porter le diagnostic de sarcome primitif du poumon en raison des caractères de l'image radiographique. L'apparition d'une syphilide frontale tertiaire ulcéro-gommeuse apporta l'obligation de recourir au traitement spécifique; la gomme frontale disparut, les localisations pulmonaires et médiastinales s'amendèrent considérablement, ne laissant comme traces que les cicatrices scléreuses sur lesquelles le traitement ne pouvait plus agir. Toutefois, la constatation radiologique d'une image arrondie en un point quelconque du poumon ne comporte en elle-même aucune signification absolue.

Des images identiques peuvent être données par d'autres affections.

1° Le kyste hydatique du poumon.

On y pensera chaque fois qu'on rencontrera une opacité dont les contours sont un cercle ou comportent un segment de cercle.

On se rappellera que la description de Béclère : « ombre arrondie d'aspect homogène à contours nets, comme tracés au compas, tranchant sur la clarté du parenchyme voisin, n'est pas pathognomonique du kyste hydatique. Belot et Peteuil (*Presse médicale*, 25 avril 1936) donnent comme signes plus caractéristiques les images de décollement de la membrane vésiculaire, avec, à la partie supérieure du kyste, un décollement en croissant.

Dans les kystes ouverts et en partie évacués, c'est le signe de la membrane hydatique donnant une ligne festonnée.

Ces deux signes sont malheureusement rares; en tout cas, on se basera sur le contexte clinique, la réaction de déviation du complément de Weinberg, l'intradermo-réaction de Casoni, la recherche de l'éosinophilie sanguine.

2° Les cancers du poumon.

Ces affections se différencieront par leur allure clinique, caractérisée par l'intensité de la douleur thoracique, l'expectoration gelée de groseille, encore qu'on ait contesté la valeur de celle-ci, l'évolution rapide vers la cachexie et la mort. L'épanchement pleural hémorragique ou séro-fibrineux (Huguenin) en cas d'atteinte de la plèvre. Les adénopathies axillaires et sus-claviculaires avec ganglions caractéristiques.

Certaines formes de nodules métastatiques pulmonaires peuvent donner également des images obrondes, qui, à première vue, peuvent simuler la gomme.

Nous en avons observé un cas démonstratif dans le service de M. le Professeur Mauriac.

La malade fut admise pour dyspnée intense. Une radiographie des poumons faite le 17 mars 1935 révéla la présence en plein parenchyme pulmonaire de deux images arrondies, grosses comme une pièce de 1 franc, à contours bien nets, entourées de tissu pulmonaire sain. Ces deux images, qui siégeaient une à gauche et l'autre à droite (cf. figure 5) avaient tout à fait l'aspect des gommes syphilitiques décrit par Sergent.

Elles étaient, chacune prise isolément, superposables à l'image de la figure 1.

Mais dans le cas que nous rapportons, ces images radiographiques devaient être considérées comme des images typiques de cancers secondaires du poumon.

En effet, d'une part, l'anamnèse révélait une intervention chirurgicale pour néoplasme du rein en 1932 (service de M. le Prof. Duvergey).

D'autre part, la dyspnée était intense, s'accompagnant de cyanose, d'une toux incessante rebelle à toute thérapeutique, le silence séméiologique absolu, la négativité de l'enquête sérologique, l'aggravation de l'état général, militaient en faveur du diagnostic de néoplasme pulmonaire.

Fig. 5. — Bou... (Emma). Métastases pulmonaires d'un néo du rein opéré en 1932.

Radiographie faite le 17 août 1935.

On note l'existence d'images obrondes, enchassées en plein parenchyme normal.

Fig. 6. — Bou... (Emma).

Deuxième radiographie faite le 20 août 1935.

On voit sur cette radiographie de nombreuses autres images obrondes, qu'on ne voyait pas sur la première.

Du reste, une deuxième radiographie faite le 20 mai 1933 dans les mêmes conditions montre l'extension du processus par l'apparition d'une troisième image nodulaire de même aspect que les précédentes.

Si nous rapprochons cette observation de néoplasme secondaire du poumon des observations de gomme syphilitique du poumon, c'est pour mieux attirer l'attention sur la difficulté de l'interprétation des images « obrondes », car, à y regarder de très près, on peut affirmer qu'une image de gomme et un nodule métastatique sont réductibles à une séméiologie radiographique identique.

Sergent et Benda rapportent le cas d'une femme soignée à la Charité.

Au cours d'un processus aigu d'inflammation pleuro-pulmonaire, cette malade fut ponctionnée à plusieurs reprises quelques jours avant son entrée dans le service.

La radiographie, qui ne fut faite qu'après la ponction, montra l'existence d'une image ovalaire, régulière, homogène, à contours nets accolés au contour costal.

Le diagnostic était d'autant plus difficile que cette malade avait fait une fausse couche et avait une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang.

Le traitement d'épreuve fut institué, mais sans amener la moindre modification de l'image ronde qui resta constamment semblable à elle-même pendant plus de deux mois.

Les ponctions pleurales répétées firent le diagnostic de petit hématome sous-pleural.

### D. — *Le traitement d'épreuve.*

Il constitue à la fois la pierre de touche du diagnostic et le traitement de la maladie. Il a une très grande valeur, mais doit être conduit avec précision. Un traitement insuffisant peut aboutir à un échec, alors qu'il s'agit de syphilis. Il

devient alors une cause d'erreur diagnostique des plus graves.

Les résultats du traitement doivent être nets et rapides. Sous le contrôle de la radiologie il prend la valeur d'une démonstration expérimentale.

Dans le diagnostic différentiel avec la tuberculose, le traitement d'épreuve présente, à notre avis, une très grande valeur.

Roubier déclare avoir, à de nombreuses reprises, dans son service d'affections respiratoires, traité par des injections mercurielles ou de bismuth des tuberculeux pulmonaires anciens syphilitiques dans l'espoir d'améliorer leurs lésions tuberculeuses. Or, jamais il n'a observé d'amélioration manifeste, souvent même, il a noté des aggravations (*Journal de médecine de Lyon*, 1931, n° 615).

En résumé, malgré les observations que nous avons rapportées, malgré les tentatives d'isolement de formes cliniques, le diagnostic de syphilis pulmonaire ne présente pas de groupement syndromatique qui lui appartienne en propre, et si certaines données de l'examen clinique et radiologique nous paraissent, parmi les éléments, les meilleures du diagnostic, il demeure bien entendu qu'il s'agit là de critères d'une valeur bien discutable, et cela n'empêche pas tout de même d'arriver fermement au diagnostic de syphilis pulmonaire, comme le prouvent les observations que nous avons réunies dans ce travail.

## CHAPITRE X

## TRAITEMENT

Le traitement de la syphilis pulmonaire ne comporte pas d'indications spéciales. C'est celui de toute syphilis tertiaire viscérale. Nous serons donc très bref à ce sujet, retenant surtout la valeur de la thérapeutique comme un argument de diagnostic des plus importants. On pourra prescrire des cures arsenicales, bismuthiques et mercurielles, de l'iodure de potassium.

Les arsénobenzènes nous semblent très efficaces, et dans un cas (obs. XVI) ont donné des résultats remarquables, là où le traitement hydrargyrique avait échoué et, de ce fait, provoqué une erreur de diagnostic. Le malade avait constaté une amélioration sensible des signes fonctionnels dès le troisième jour après la première injection de 606.

Dans les observations I et II, on s'est abstenu intentionnellement de faire des injections d'arsénobenzènes, en raison de leur action possible sur les suppurations pulmonaires qui ne reconnaissent pas la syphilis à la base.

C'était dans le but de donner plus de poids à l'argument thérapeutique dans le diagnostic.

Dans un cas (obs. XIX), l'iodure de potassium n'a pas agi, mais la reprise du traitement par le novarsénobenzol, avec intercalage de mercure, a donné rapidement des résultats sensibles.

Par contre, dans un autre cas, l'iodure de potassium a suffi

à amener la fonte de la gomme pulmonaire et la cicatrisation d'une gomme cutanée qui s'était ouverte à la peau. Nous-même avons donné à nos malades de 1 gramme à 2 grammes d'iodure de potassium *per os* et avons, sur les indications de M. le Professeur Mauriac, pratiqué des frictions mercurielles locales dont l'action adjuvante nous a paru très heureuse.

## CONCLUSIONS

I. — Cette étude n'est pas une revue générale des formes cliniques et anatomo-pathologiques de la syphilis pulmonaire.

Nous avons réduit cette documentation à une forme clinique particulière : la forme gommeuse.

II. — De cette forme gommeuse nous apportons deux observations inédites du Service de Clinique médicale de M. le Professeur P. Mauriac.

Ces observations nous semblent présenter suffisamment de garanties pour pouvoir considérer le diagnostic de syphilis pulmonaire à forme gommeuse comme certain.

Des arguments cliniques, radiologiques et thérapeutiques ont été apportés.

Ces deux observations réalisent : l'une une forme de gomme au stade dit de crudité, l'autre une forme de gomme ramollie s'étant fistulisée et ayant fait effraction dans la plèvre pour créer un syndrome de pyopneumothorax enkysté.

La première est très proche des descriptions et des données radiologiques les plus classiques.

La deuxième réalise un nouveau type clinique; en effet, de nos recherches, il résulte qu'aucune observation de la littérature médicale ne lui est typiquement superposable.

A ce point de vue, elle présente un intérêt clinique et un intérêt doctrinal.

III. — Nous avons fait une étude analytique des signes de syphilis pulmonaire à forme gommeuse; de cette étude, il résulte qu'il n'existe pas de signes pathognomoniques, mais des groupements symptomatiques et des aspects radiologiques qui, dans une certaine mesure, peuvent permettre ce diagnostic, qui est par ailleurs difficile et demeure souvent, en clinique, un diagnostic d'élimination.

Bien que diagnostic d'élimination, il peut tout de même être porté sur des bases suffisamment solides, comme le prouvent les publications antérieures et nos propres observations.

IV. — Dans un effort de synthèse, nous avons essayé d'isoler deux types cliniques.

Ces deux types, cependant, n'ont que la valeur de schémas; le caractère protéiforme de la syphilis pulmonaire demeure une de ses dominantes essentielles.

V. — Le traitement d'épreuve nous apparaît, dans cette forme du moins, comme un argument de premier plan du diagnostic de la syphilis du poumon à forme gommeuse.

Il doit conduire à une *restitutio ad integrum;* ceci place la syphilis pulmonaire à forme gommeuse en dehors des autres formes de syphilis pulmonaire classiques dans lesquelles un nombre important de facteurs (sclérose, bronchectasies, atteintes vasculaires, etc.), résistent le plus souvent, en grande partie du moins, à l'action du traitement.

Celui-ci, d'ailleurs, doit être conduit avec prudence et doit s'inspirer des règles les plus sévères.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
*Le Président*,
PIERRE MAURIAC

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 21 juillet 1936.
*Le Recteur de l'Académie*,
A. TERRACHER.

## BIBLIOGRAPHIE


Azoulay. — La forme sèche hémoptoïque de la dilatation des bronches. Thèse Paris, 1924-1925.

Benda. — La bronchite chronique syphilitique. Thèse Paris, 1927.

Bensaude et Emery. — Syphilome intra-thoracique ayant simulé un cancer du médiastin. Société médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 24 janv. 1913.

Berétervide. — Les ombres rondes intrathoraciques. *Revista medica Latino Americana*, 1931.

Bériel. — Syphilis du poumon. Paris, 1907.

Bezançon et Jong (de). — Traité de l'examen des crachats. Masson, 1912.

Carera. — Etude des poumons de 152 syphilitiques. *The American Journal of Syphilis*, janv. 1920.

— *The American Journal of Syphilis*, n° 1, janv. 1930.

Cordier (V.), Lagèze (P.) et Mounier-Kuhn (P.). — Gommes pulmonaires multiples et bronchectasies. Syphilome tertiaire des poumons. *Presse médicale*, 6 févr. 1935.

Covisa, Sato Enterrias. — Syphilis pulmonaire. *Acta Dermo Sifiligraticas;* 4 janv. 1930, p. 259.

Courcoux et Lelong. — Syphilis du poumon chez l'adulte. *Journal médical français*, 1923.

Courcoux et Lereboullet. — Un cas de syphilis pulmonaire. *Paris médical*, 17 févr. 1934.

Dechaume. — La granulie pulmonaire syphilitique. *Questions médicales d'actualité*, sept. 1935.

Dietlen. — Pulmonary tertiary syphilis in adult with particular reference to its rœntgenography. *Klin. Wochenschrift*, 13, 1297-1300, 15 sept. 1934.

Favre et Coutamin. — Granulie syphilitique. *Lyon médical*, 26 juill. 1928, p. 121.

Fischer (A.). — Ein fall von gummoses lungensyphilis. *Deutsche Med. Woch.*, 55, 1721-1722, 11 oct. 1929.

Friedlander et Erickson. — Syphilis of the lung. *Journal of the American Medical Association*, 22 juill. 1922.

Freedman (E.) et Higley (C. S.). — Syphilitic gumma of lung; case report. *Am. Journal Rœntgenology*, 31, 333-339, mars 1934.

Furia. — La gomme sifilitiche del polmone e la loro diagnosi radiologica. *Morgagni*, 72, 1379-1382, 20 juill. 1930.

Gaté (J.) et Gardère (H.). — Les formes évolutives de la syphilis pulmonaire. *Questions médicales d'actualité*, août 1935.

— La syphilis pulmonaire à forme de cortico-pleurite. *Bull. et mém. de la Soc. méd. de Paris*, 21 juill. 1927.

Garreton, Silva et Salas. — Au sujet de la syphilis pulmonaire. *Revista medica de Chile*, nov. 1929, p. 837.

Howard. — Syphilis pulmonaire. *American Medical Journal of Syphilis*, 24 janv. 1924, n° 1.

Jacob. — Quelques aspects cliniques et radiologiques de la syphilis pulmonaire. *Revue de la tuberculose*, n° 5, 1923, p. 540.

Jong (de). — Syphilis broncho-pulmonaire. *Annales d'anatomie pathologique*, t. III, mars 1926.

Jeanselme. — Traité de la syphilis. Doin, édit.

Le Caflain. — Deux cas de syphilose pulmonaire. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 16 juin 1922, p. 530.

Letulle. — Le poumon, Paris, 1925.

Lindwall et Tillgren. — Recherches sur la syphilis pulmonaire et trachéo-bronchique. *Beitr. Z. Klinik des Tuberk*, 1912, p. 301.

Lubitch. — Un cas de gomme syphilitique ulcérée du poumon. *Rinacenza medica*, 1er juin 1929.

Milian. — Article sur la syphilis du poumon dans le traité de A. Fournier, 1901.

Mirande. — Syphilis de l'appareil respiratoire. Traité Sergent, Ribadeau, Dumas, Babonneix, XIX, I, p. 295.

Merklen, Wolf, Sichel. — Broncho-pneumonie syphilitique aiguë. *Presse médicale*, 5 oct. 1932.

MORAGAS (G.). — Un caso de gomma de pulmon. *Cron. med. Clin de la Habana*, 60, 91-94, mars 1934.

NORMAN. — Gumma of lung with unusual mode of outset. *British Medical Journal*, 16 nov. 1932.

POUTANO. — La sifilide gommosa del polmone. *Forze san*, 3. 30 mai 1934.

RINCOU (A.), DE ARELLANO, J. ARTAL COSTA. — Sifilis pulmonar. Consideraciones con motivo de un caso de gomma solitario del polmon. *Cron. Med. Valencia*, 39, 579-585, 15 mai 1935.

ROTTJER (E. A.). — Goma sifilitico de pulmon. *Rev. Assoc. Med. Argen.*, 48, 221-224, mars-avril 1934.

ROUBIER. — Syphilome broncho-pulmonaire. Considérations cliniques et radiologiques. *Journal de médecine de Lyon*, 1931, n° 615.

SERGENT. — Etudes cliniques et radiologiques sur les affections des voies respiratoires. Paris, 1922, Maloine, édit.

SERGENT et BENDA. — Les gommes syphilitiques du poumon et leur diagnostic radiologique. *Paris médical*, n° 7, 15 févr. 1930.

SERGENT, PIOT et IMBERT. — Contribution à l'étude clinique et radiologique des gommes syphilitiques du poumon. *Presse médicale*, 42, 641-644, 21 avril 1934.

SERGENT. — Article syphilis du poumon, *in* traité de E. Gaucher, 1909.

SERGENT, BORDET, DURAND, COUREUX. — Exploration radiologique. Appareil respiratoire. Paris, 1922, Maloine, édit.

PATINO MAYER. — Sifilis pulmonar. Buenos-Aires, 1916.

SERGENT et DURAND. — Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire. *Académie de médecine*, 1er mai 1923, p. 482.

WIGBY et SANDERS. — Gomme syphilitique du poumon. *Radiology*, 25, 629-631, nov. 1935.

WILL et MARSCHALL. — Syphilis du poumon. — *Archives of Dermatology and Syphilis*, juill. 1921.

19.724. — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.